



REPRESENTAÇÕES DE SENSO COMUM E AUTOGESTÃO DA DOENÇA ONCOLÓGICA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

VÂNIA MARIA BRAGA GONÇALVES DOS SANTOS

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2013

VÂNIA MARIA BRAGA GONÇALVES DOS SANTOS

**REPRESENTAÇÕES DE SENSO COMUM E
AUTOGESTÃO DA DOENÇA ONCOLÓGICA: REVISÃO
SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Ciências de Enfermagem
submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas de Abel Salazar da Universidade
do Porto.

Orientadora – Professora Doutora Célia
Samarina Vilaça de Brito Santos

Categoria – Professora Coordenadora sem
agregação

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem
do Porto

Coorientador – Mestre Bruno Miguel Borges
de Sousa Magalhães

Categoria – Professor Convidado

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem
de Santa Maria, Porto

Ao meu avô David e ao Ruca

AGRADECIMENTOS

Finalizada esta etapa, quero agradecer a todos aqueles que me apoiaram ao longo desta difícil caminhada e que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta dissertação. Na busca das realizações pessoais escondem-se contribuições, apoios, estímulos e comentários, vindos de muitas pessoas. A sua importância assume uma mais-valia tão preciosa que, sem elas, não teria sido possível chegar a este resultado.

À Prof^a. Doutora Célia Santos e ao Mestre Bruno Magalhães, meus orientadores, pela disponibilidade, confiança, paciência, estímulo, conhecimentos transmitidos e, acima de tudo, pela amizade.

À Prof^a. Dr.^a Corália Vicente e a todos os elementos docentes do Mestrado em Ciências de Enfermagem pelo apoio, disponibilidade e conhecimentos transmitidos.

Aos meus colegas de mestrado, em especial ao Eduardo Soares e ao meu colega de projeto, Rúben Miguel, pela partilha, motivação e apoio constantes.

Ao Dr. Luís Moreira-Dias, diretor do Serviço de Gastrenterologia do IPO-Porto, e a todos os médicos e assistentes operacionais do mesmo serviço, pelo apoio, disponibilidade e confiança.

Às enfermeiras do serviço de Gastrenterologia do IPO-Porto, Anabela Novais, Sílvia Ferraz, Odete Monteiro, Natália Silva, Patrícia Moreira e Carla Costa, pelo companheirismo, sacrifícios, amizade e por depositarem em mim tanta confiança.

À minha mãe, pelo amor e pela paciência com que sempre esteve presente em todos os momentos da minha vida.

À minha família, em especial aos meus sobrinhos Tiago, Leonardo, Sória e Santiago, pelos momentos mais doces da minha vida e pelos momentos que não pude partilhar por estar sempre demasiado ocupada.

Ao Abílio Marques, pelo estímulo para a inscrição no mestrado e pela amizade.

Aos meus amigos de tempos antigos e de tempos recentes, Soraia, Marta, Sónia, Joana Sousa, Paula, Isabel, Nuno, Telma, Rita, Daniela, Elisabete, Joana Barbosa, Mauro, Tânia, Lia, Inês, Juliana, Ana, Patrícia, Jeni e João pelo apoio e incentivo e, acima de tudo, por longe ou perto, estarem sempre comigo e serem os melhores amigos que alguma vez poderia ter.

Aos doentes oncológicos por serem a minha maior inspiração, no trabalho e na vida.

À Manuela Gomes pelas dicas e impressão do documento.

**A todos,
O meu sincero e profundo agradecimento.**

RESUMO

Introdução: Atualmente, o cancro enquadra-se no grupo das doenças crónicas, constituindo um dos principais problemas de saúde dos nossos tempos e um enorme desafio para os profissionais de saúde. Compreender os comportamentos dos indivíduos face à doença oncológica, tendo em conta as suas representações cognitivas e emocionais, permite maximizar o bem-estar e a qualidade de vida destes.

Objetivos: Identificar as implicações que as representações cognitivas e emocionais da doença, segundo o modelo de autorregulação do comportamento em saúde descrito por Leventhal, têm na autogestão da doença oncológica e relacionar as representações da doença oncológica com as variáveis de processo (estratégias de *coping*) e de resultado (qualidade de vida).

Metodologia: Revisão sistemática da literatura, onde foram efetuadas três pesquisas, segundo o método PICO, em bases de dados eletrónicas e retirados estudos publicados até 31 de março de 2013.

Resultados: Foram selecionados oito estudos primários, que foram incluídos nesta revisão sistemática após avaliação da sua qualidade e critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Conclusões: A forma como o cancro é percebido pelo doente oncológico, de acordo com as suas representações de doença, e as estratégias de *coping* que adota face à nova situação de saúde influenciam a sua qualidade de vida e, consequentemente, a autogestão da sua doença.

PALAVRAS-CHAVE: cancro, representações de doença, modelo de autorregulação do comportamento em saúde, autogestão

ABSTRACT

Introduction: Currently, cancer is part of the group of chronic diseases. This disease consists in one of the major health problems of our times and a huge challenge for health professionals. Understanding the behavior of individuals in the face of oncological diseases, taking into account their cognitive and emotional representations allows maximizing their well-being and quality of life.

Objective: To identify the implications of cognitive and emotional illness representations, according to the model of self-regulation of health behavior described by Leventhal, in the self-management of cancer, and relate the representations of oncological diseases with process variables (coping strategies) and outcome variables (quality of life).

Methodology: A systematic literature review was conducted, following the PICO method, in electronic databases and selected studies published up to March 31, 2013.

Results: Eight primary studies were selected and were included in this systematic review after assessing their quality and inclusion and exclusion criteria previously defined.

Conclusions: The way cancer is perceived by cancer patients, according to their illness perceptions, and the coping strategies they adopt when facing new health status, influence the quality of life and, consequently, self-management of their disease.

KEYWORDS: cancer, illness representations, self-regulation model of health behavior, self-management

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

et al.: entre outros

OMS: Organização Mundial de Saúde

NINR: National Institute of Nursing Research

RSL: Revisão Sistemática da Literatura

EU: União Europeia

UNIESEP: Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

WHO: World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	18
1. MATERIAL E MÉTODOS.....	30
1.1. TIPO DE ESTUDO.....	30
1.2. PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO.....	30
1.2.1. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO.....	31
1.2.2. OBJETIVOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	32
1.2.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	32
1.2.4. ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	33
1.2.5. PROCEDIMENTO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	36
1.2.5.1. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DAS REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA....	38
1.2.6. PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA.....	39
1.2.7. PROCEDIMENTO DE EXTRAÇÃO DOS DADOS.....	40
2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	42
2.1. IDENTIDADE.....	64
2.2. DURAÇÃO AGUDA/ CRÓNICA E CÍCLICA.....	66
2.3. CONSEQUÊNCIAS.....	66
2.4. CONTROLO PESSOAL E DE TRATAMENTO.....	67
2.5. COERÊNCIA.....	67
2.6. REPRESENTAÇÃO EMOCIONAL.....	68
2.7. CAUSAS.....	68
2.8. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	68
2.9. IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO.....	69
2.10. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	70
3. CONCLUSÃO.....	72
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....	77
ANEXO 1 – PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS (1ª FASE).....	80
ANEXO 2 – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA ADAPTADO.....	112
ANEXO 3 – CÁLCULO DA PONTUAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS QUANTITATIVOS.....	118
ANEXO 4 – TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS.....	120
ANEXO 5 – ESTUDO 1: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA ADAPTADO.....	122
ANEXO 6 – ESTUDO 2: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA ADAPTADO.....	136

ANEXO 7 – ESTUDO 3: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA ADAPTADO.....	156
ANEXO 8 – ESTUDO 4: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA ADAPTADO.....	170
ANEXO 9 – ESTUDO 5: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA ADAPTADO.....	186
ANEXO 10 – ESTUDO 6: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA ADAPTADO.....	200
ANEXO 11 – ESTUDO 7: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA ADAPTADO.....	218
ANEXO 12 – ESTUDO 8: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA ADAPTADO.....	232

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fases de seleção dos estudos.....	37
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Questão de investigação segundo o método PICO.....	31
Quadro 2: Critérios de inclusão de estudos na revisão sistemática.....	32
Quadro 3: Análise comparativa dos estudos primários.....	43
Quadro 4: Subescalas do IPQ-R utilizadas nos estudos primários.....	44
Quadro 5: Síntese dos resultados de E1.....	46
Quadro 6: Síntese dos resultados de E2.....	48
Quadro 7: Síntese dos resultados de E3.....	50
Quadro 8: Síntese dos resultados de E4.....	52
Quadro 9: Síntese dos resultados de E5.....	55
Quadro 10: Síntese dos resultados de E6.....	57
Quadro 11: Síntese dos resultados de E7.....	60
Quadro 12: Síntese dos resultados de E8.....	62

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Esta dissertação consiste numa revisão sistemática da literatura (RSL) e encontra-se inserida num projeto de autogestão da doença crónica, em desenvolvimento na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP), com o intuito de produzir conhecimento científico em enfermagem para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa com doença crónica, que suporte o ensino e as práticas profissionais.

A World Health Organization (WHO, 2008a) define a doença crónica como uma doença de longa duração e com aspetos multidimensionais, geralmente com progressão lenta dos sintomas e potencialmente incapacitante. As características da doença crónica incluem uma ou mais das seguintes particularidades, nomeadamente, a permanência, a incapacidade ou deficiência residuais, ser causada por alterações patológicas irreversíveis, exigir uma formação especial do doente para a reabilitação ou podendo requerer um longo período de supervisão, observação e cuidados (WHO, 2008a).

A evolução da ciência e da medicina tem contribuído para o aumento das taxas de cura e de sobrevivência, observando-se um fenómeno de transição epidemiológica através do qual se evoluiu de um paradigma de doenças infecciosas e altas taxas de mortalidade para uma maior incidência das doenças crónicas e degenerativas. Atualmente, as doenças crónicas constituem as principais causas de mortalidade e morbilidade na Europa, com tendência para agravamento nos próximos anos e com sérias implicações na economia dos países (Nolte, 2008).

O cancro, em particular, tem sido visto como a grande “epidemia” dos últimos anos, porque, por um lado, conduz a uma alta morbilidade e elevadas taxas de mortalidade e, por outro lado, apresenta um aumento gradual da sua incidência. Com os avanços contínuos nas estratégias para detetar o cancro precocemente e tratá-lo de forma eficaz, aliado ao fenómeno de envelhecimento da população, pode-se esperar que o número de pessoas que vivem anos após o diagnóstico de cancro continue a aumentar (Aziz, 2007). Deste modo, o cancro deixou de ser, em muitas situações, uma sentença de morte e passou a enquadrar-se no grupo das doenças crónicas (Pinto, 2006), inúmeras vezes debilitante, e outras vezes fatal, atingindo um número de indivíduos cada vez maior (Pinto, 2006).

O cancro é a principal causa de morte no mundo, contabilizando-se 7,6 milhões de mortes em 2008 e prevendo-se um aumento para 12 milhões em 2030 (WHO, 2013). Em Portugal, o cancro é a segunda maior causa de morte, tendo sido responsável por 24.300 óbitos em 2008 (WHO, 2008b). Tal como nos restantes países da União Europeia (UE), em Portugal o risco de um indivíduo desenvolver um cancro durante a vida é de

cerca de 50% e a de ser causa de morte é de 25% (Pimentel, 2006). Trata-se, portanto, de uma doença que atinge proporções verdadeiramente preocupantes, tornando-se num dos principais problemas de saúde dos nossos tempos.

O termo cancro designa um grupo de doenças, em que um conjunto de células sofre uma transformação maligna e começa a dividir-se, anormalmente, num dos diversos tecidos corporais. Consiste, assim, num rápido e incontável crescimento celular que induz a formação tumoral. As células neoplásicas dividem-se rapidamente, podendo invadir os órgãos anexos ou distribuírem-se através da via sanguínea ou linfática até outras localizações corporais. A doença pode, assim, levar à morte, graças às alterações morfológicas e funcionais dos órgãos envolvidos (Bower, 2008).

As causas da patologia oncológica são multifatoriais, maioritariamente associados a alterações genéticas e/ou hereditárias e a variáveis comportamentais, como o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e alguns alimentos, bem como a exposição a agentes ambientais potencialmente cancerígenos (Sarafino, 2002).

As estratégias de eleição no tratamento do cancro são a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a hormonoterapia, utilizadas individualmente ou num processo combinado, tendo em conta as características específicas da doença oncológica e do doente. Na seleção do tratamento a implementar, os clínicos consideram três elementos fundamentais, designadamente, as condições tumorais (localização, tamanho do tumor e tipo histológico), a cinética das células (taxa de crescimento e agressividade biológica, invasão e potencial metastático) e as variáveis associadas ao doente (saúde em geral, competência imunológica, interesse do doente e qualidade de vida) (Rosenberg, 2001).

O cancro é uma doença de curso silencioso, considerada como uma ameaça à vida, sendo ainda para muitos, sinónimo de morte. As características desta doença suscitam medo, originam mitos e inúmeras consequências sociais, como a estigmatização e a segregação. A alteração da imagem corporal, que resulta do tumor ou do seu tratamento, as reações adversas aos tratamentos, o medo da dor e de outros sintomas, do sofrimento e da morte, têm contribuído para a “má reputação” do cancro (Aziz, 2007).

Nesta perspetiva, o diagnóstico de cancro e todo o processo da doença são experienciados, não só pelo doente como também pela sua família, como um momento de grande sofrimento, ansiedade, tristeza e angústia. Ao longo da doença e do seu tratamento, o doente vivencia perdas e sintomas adversos, os quais comprometem as suas habilidades funcionais e conduzem a uma incerteza quanto ao futuro (Paredes, 2008). Mesmo após a cura, o cancro deixa marcas permanentes, uma vez que o seu tratamento está associado a sequelas tardias e persistentes a longo prazo, quer a nível físico, quer psicológico (Aziz, 2007). De um modo geral, o doente oncológico sofre uma

deterioração progressiva, limitações físicas, funcionais e psicológicas que conduzem a uma dependência dos seus familiares, cuidadores e profissionais de saúde.

Apesar do tratamento médico para a doença oncológica estar bem definido e amplamente desenvolvido, os prestadores de cuidados de saúde reconhecem que a gestão ideal da doença é complexa e não limitada às prescrições biomédicas. A doença oncológica tem de ser gerida ao longo de meses, anos ou até durante toda a vida, constituindo uma contínua fonte de stresse que pode afetar, de forma adversa, a qualidade de vida do doente e, conseqüentemente, o seu tratamento e reabilitação (Paredes, 2008). Daqui, advém a necessidade de promover a autogestão dos cuidados (autocuidado), com o objetivo de melhorar as suas respostas aos processos de vida, saúde e doença, sendo o enfermeiro um agente facilitador do processo.

O National Institute of Nursing Research (NINR) considera como ponto central na investigação e na prática de enfermagem, o papel que o doente, família, outros cuidadores e comunidade desenvolvem na promoção da saúde e gestão da doença. Entre as seis oportunidades de investigação encontra-se a área da autogestão na saúde e doença, cujo interesse para a enfermagem é justificado pelo impacto que o seu desenvolvimento pode ter na promoção da saúde, prevenção da doença ou suas complicações e gestão de sintomas. Esta é uma área fundamental, sobretudo para pessoas com doença crónica, sequelas de doença ou doença prolongada, no sentido de se encontrarem capacitadas para gerirem a sua saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define autocuidado como o conjunto de atividades tomadas pelo indivíduo, família ou comunidade com a intenção de melhorar a saúde, prevenir ou limitar a doença e restaurar a saúde, derivando estas atividades do conhecimento e competências obtidas através de profissionais e da experiência de vida. São atividades realizadas por leigos sobre a sua saúde independentemente ou em colaboração com os profissionais de saúde (WHO, 1983).

O autocuidado tem diferentes significados para diferentes pessoas e, enquanto comportamento, reflete o estilo individual, as adaptações específicas, as circunstâncias atuais e as perspetivas de futuro. As atividades de autocuidado não resultam exclusivamente de soluções racionais, mas resultam, também, do socialmente apreendido. Existem, assim, condições prévias para o autocuidado, como o *background* pessoal, a personalidade e a experiência em saúde e no envelhecimento. De igual modo, encontram-se definidos quatro estilos de autocuidado, diferenciados face às condições para a ação e significados, sendo denominados de autocuidado responsável, autocuidado formalmente guiado, autocuidado independente e autocuidado abandonado (Backman et al., 1999).

O indivíduo que apresenta um autocuidado responsável tem como características prévias uma orientação positiva face à vida e à experiência de envelhecer, é responsável e ativo face às atividades de vida diária, às necessidades em saúde e no processo de doença. O autocuidado formalmente guiado caracteriza-se pela regularidade e rotina na realização de atividades de vida e no estrito cumprimento das indicações terapêuticas fornecidas pelos profissionais de saúde. Indivíduos com autocuidado independente têm formas muito originais de solucionar as suas atividades diárias, necessidades em saúde e na doença, apresentam tendência para duvidar das soluções apresentadas pelos profissionais de saúde e são muito independentes e determinados ao longo da sua vida. O perfil de autocuidado abandonado ou negligente é caracterizado pelo desamparo e pela falta de responsabilidade (Backman et al., 1999).

O autocuidado encontra-se centrado no desenvolvimento e uso de práticas pessoais de saúde, competências de *coping*, tomada de decisão, procura de aconselhamento e uso dos recursos pessoais na gestão dos problemas de saúde. A autogestão ou *self-management* é definida como a aprendizagem e treino de competências necessárias para garantir uma vida ativa e emocionalmente satisfatória, face a uma doença crónica. O conceito de autogestão é dinâmico, tendo por objetivo principal a manutenção da funcionalidade no dia-a-dia do indivíduo, com o melhor nível de qualidade de vida, prevenindo complicações que afetam a morbilidade e mortalidade e promovendo a adesão ao regime terapêutico (Grey et al., 2006).

O doente passa, assim, a desempenhar um papel ativo, informado e participativo nas decisões clínicas no processo de cuidados, nos quais os estilos de vida podem ser determinantes para o desenvolvimento e/ou agravamento da sua doença (Bennett, 2002; Weinman e Petrie, 1997; Leventhal e Nerenz, 1985). Por outro lado, o contributo dos profissionais e dos sistemas de saúde passa pela criação de ambientes e estruturas de apoio e suporte, com vista a melhorar a qualidade de vida dos doentes e a manter a sua perceção de utilidade para a sociedade e, assim, corresponder às suas expectativas na assistência em saúde (Lorig K. R., 2003).

No que é respeitante ao processo individual de tomada de decisão que determina a adoção de comportamentos saudáveis, a prevenção, o tratamento e a reabilitação, este é influenciado por diferentes fatores, como a natureza da sintomatologia envolvida, as representações cognitivas e emocionais da doença e outros componentes situacionais associados ao processo de saúde-doença (Weinman e Petrie, 1997).

A abordagem multifatorial dos processos, através dos quais os indivíduos percecionam a sua doença, realça a interação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, e a sua influência no modo como estes adoecem e recuperam de um episódio de doença (Leventhal, 1997). No sentido de compreender os comportamentos de saúde e de

doença dos indivíduos e explorar as diferenças individuais na adoção, alteração e manutenção desses comportamentos, desenvolveram-se os modelos de saúde ou modelos de cognição social, no qual se insere o modelo de autorregulação do comportamento em saúde descrito por Leventhal. De um modo geral, este descreve o processo paralelo de objetivos focados no problema e na emoção, com processos comportamentais e cognitivos simultaneamente dedicados a controlar o problema de saúde e a regular o *distress* emocional (Cameron e Leventhal, 1993).

O modelo de autorregulação do comportamento de Leventhal derivou de estudos sobre o impacto de mensagens de medo sobre o comportamento preventivo. Leventhal descobriu que as mensagens de medo eram apenas efetivas se levassem a um plano de ação. Esse resultado levou-o a inferir que o fator principal que levava à adoção de comportamentos preventivos não dizia respeito às mensagens de medo em si, mas sim à forma como as pessoas representavam ou compreendiam a ameaça de doença (Keith J.; Weinman Petrie, J. A., 1997).

O modelo de autorregulação afirma que os indivíduos regulam o seu comportamento no sentido de maximizar o seu bem-estar e reduzir o desconforto, de acordo com as suas representações cognitivas e emocionais. Estas, por sua vez, integram um corpo de conhecimento geral, sustentado pelo contexto sociocultural, e que promove a construção de representações relacionadas com a saúde e a doença, originando, assim, os modelos de senso comum (Leventhal, 2003).

Segundo o modelo de Leventhal, quando os doentes recebem o diagnóstico de uma doença, estes normalmente revelam um padrão de crenças sobre a sua condição que, por sua vez, são importantes determinantes dos comportamentos que serão emitidos para a gestão da doença. Trata-se, assim, de um processo dinâmico, que muda em resposta às alterações nas percepções de doença. Essas percepções ou representações cognitivas influenciam diretamente as respostas emocionais do indivíduo à doença e aos comportamentos de *coping* (K. J.; Weinman Petrie, J. A., 2006). É de salientar que, ao longo do nosso trabalho, os termos “*percepção*”, “*crenças*”, “*cognições*” ou “*representações*”, são utilizados alternadamente para fazer referência ao mesmo fenómeno.

Este modelo sugere que um indivíduo, perante uma alteração no estado de saúde fica motivado para a sua resolução e retorno ao estado de normalidade. Neste sentido, as respostas à doença, e mais concretamente à doença oncológica, seguem três etapas ou fases interativas, dinâmicas e contínuas de processamento (Keith J.; Weinman Petrie, J. A., 1997).

A primeira é a representação cognitiva e emocional da ameaça à saúde ou interpretação, onde o indivíduo ao ser confrontado com uma potencial doença através da

percepção de sintomas e/ou de mensagens sociais (diagnóstico clínico pré-sintomático), tenta atribuir um significado ao problema, com base nas suas cognições preexistentes sobre a doença. Essas cognições organizam-se em cinco dimensões, nomeadamente, identidade, causa, duração, consequências e cura/controlo. É por meio da representação cognitiva que o indivíduo atribui um determinado sentido ao problema, que irá, por sua vez, influenciar as estratégias de *coping* por ele adotadas para lidar com a doença. Simultaneamente à representação cognitiva ocorrem também alterações no estado emocional que conjuntamente irão modelar a seleção de estratégias para lidar com a situação (Keith J.; Weinman Petrie, J. A., 1997).

A interpretação de um conjunto de sintomas isoladamente não permite, no entanto, retirar conclusões acerca do seu significado, mas relacionar esses sintomas com um determinado “esquema” cognitivo que possibilita ao indivíduo atribuir sentido a esses sintomas. Esses “esquemas” cognitivos são a chave do modelo de representação da doença. Eles referem-se a diferentes estruturas do conhecimento que as pessoas utilizam ao processar a informação sobre objetos ou acontecimentos. Mas a resposta cognitiva aos sintomas e a correspondente expressão emocional acontecem em paralelo e auto influenciam-se (Petrie & Weinman, 1997).

Diferentes fatores interferem na interpretação da doença, entre eles os acontecimentos anteriores significativos associados ao início ou progressão da doença. Por exemplo, um doente que se encontra face a um diagnóstico de doença oncológica, interpretá-lo-á de forma diferente, se recentemente perdeu um familiar com essa mesma doença. Também as características da doença e o seu tratamento (por exemplo, a quimioterapia ou a radioterapia) e mesmo a necessidade de hospitalização influenciam a percepção e experiência da doença (Maes et al., 1996).

A percepção de sintomas e mensagens sociais invocam assim um “esquema” cognitivo/emocional que se desenvolve de acordo com a identidade definida, as causas previsíveis, a sua duração, consequências e controlabilidade (pessoal e de tratamento), sendo ainda influenciadas pelo medo, ansiedade e depressão que essas mensagens lhe transmitem (Leventhal, 1997). Esses modelos de representação da doença são estruturados num contexto comunitário, em que se inclui o doente, a família e a comunidade (por exemplo, amigos, profissionais de saúde ou os media), organizando-se de uma forma elaborada e aprendida ao longo do processo de desenvolvimento (Llor et al., 1995).

A segunda etapa refere-se ao desenvolvimento e implementação das estratégias de *coping*. Nesta fase, o indivíduo identifica e seleciona estratégias que lhe permitam adquirir o equilíbrio físico e emocional ameaçado ou perdido. Para tal, o indivíduo pode desenvolver um conjunto de estratégias de *coping* que habitualmente se dividem em dois

grupos, especificamente, o *coping* de aproximação (ex. resolução de problemas ou procura de suporte social) ou o *coping* de evitamento (ex. negação). O desenvolvimento de estratégias de *coping* tem como objetivo readquirir a homeostasia física e emocional ameaçada ou perdida (Keith J.; Weinman Petrie, J. A., 1997). Esta representação da doença permite a elaboração da etapa seguinte, o *coping*. Por sua vez, esta etapa envolve a seleção e a execução de respostas comportamentais à informação contida na representação. Supõe-se que cada indivíduo apresenta um repertório de respostas de *coping* que gere de acordo com a situação apreendida.

A terceira etapa corresponde à ponderação ou avaliação das estratégias de *coping* utilizadas no sentido da adaptação à doença e às suas consequências, mantendo a qualidade de vida possível (Keith J.; Weinman Petrie, J. A., 1997). Na fase de avaliação, o indivíduo analisa a eficácia das respostas de *coping* selecionadas, face aos resultados obtidos. Dependendo desta avaliação, as representações e/ou as respostas de *coping* podem ser alteradas, pois existe um *feedback* contínuo entre as três fases do modelo.

As cognições de doença podem ser entendidas como crenças implícitas do senso comum que o doente tem sobre a sua doença (Ogden, 1999). Integrada nesse sistema de crenças, podemos considerar que a representação da doença contém um número de atributos cognitivos, de acordo com os quais, as experiências de doença são organizadas, e que são a base para a adoção de estratégias de *coping* para lidar com as ameaças à saúde, destacando-se os seguintes (Keith J.; Weinman Petrie, J. A., 1997; C. P.-R. Santos, J.; C. Lopes, 2003):

- “*Identidade*”, refere-se ao nome dado a uma doença (o diagnóstico clínico) e aos sinais e sintomas que lhe estão associados;
- “*Causa*”, indica as atribuições do doente acerca das prováveis causas da sua doença, podendo-se referir a fatores internos e externos. As crenças causais são importantes na medida em que podem influenciar o tipo de tratamento que o indivíduo procura ou as mudanças que faz para controlar a sua condição;
- “*Dimensão temporal*” (duração), refere-se às crenças do doente relativas ao tempo que a doença irá permanecer e a sua continuidade (aguda/crónica/cíclica);
- “*Consequências*”, que podem refletir as percepções dos doentes sobre os possíveis efeitos da doença nas suas vidas (consequências físicas, emocionais e sociais ou a combinação de diferentes fatores);
- “*Cura/controlo*”, refere-se às crenças na cura e/ou controlabilidade da doença e suas consequências.

No que se refere às representações da doença oncológica, muitas vezes o doente oncológico toma conhecimento do seu diagnóstico sem a presença de qualquer sintoma, dado o seu carácter enigmático e silencioso. A doença é assim representada sem o recurso aos sintomas físicos, sendo a formação da sua identidade estruturada, acedendo apenas às cognições, mensagens sociais e emoções que a situação evoca. A natureza probabilística do cancro em combinação com a ausência de sintomas, impelem a uma reduzida atenção para a necessidade de vigilância e tomada de decisão, mesmo quando os indivíduos têm razoáveis motivações para a utilização dos serviços de saúde (Cameron, 1997).

Desta forma, as mensagens sociais são de grande importância na representação da doença em geral, e na doença oncológica em particular. Assim a representação criada sobre a doença inclui, não só a informação da doença “*per se*”, mas também os estereótipos que as pessoas têm ou tiveram sobre essa doença. Também a opinião de outros significativos, com as suas representações próprias e acedendo em conjunto a exemplos de outras pessoas conhecidas, influenciam essa percepção, legitimando provisoriamente as suas queixas (Llor et al., 1995).

O modelo de Leventhal sugere várias feições através das quais evoluímos desde um conjunto de sintomas até os rotularmos como uma doença específica. Entre esse conjunto de fatores, inclui-se a informação fornecida pelos profissionais de saúde ou outras fontes consideradas relevantes. Uma dessas fontes é a comparação dos sintomas presentes com protótipos ou esquemas de doença. Estes protótipos não são categorias previamente definidas, mas antes conjuntos difusos de fatores. Quanto mais sintomas a pessoa tiver, que correspondam ao protótipo de uma determinada doença, mais provável será que sejam interpretados como indicadores dessa doença (Bennett, 2002).

De acordo com Leventhal e Nerenz (1985), uma etapa fundamental no processo de adaptação à doença oncológica é o reconhecimento da doença como crónica, cujo controlo de sintomas nem sempre é sobreponível à sua cura e que alguns aspetos da doença podem ser controlados.

As representações da doença oncológica dos doentes e seus familiares, podem ser díspares, embora se inter-influenciando consideravelmente (Leventhal et al., 1985).

Em resumo, as componentes do modelo representam crenças que norteiam as respostas às doenças (Lau, 1989). Desta forma, eles fornecem uma estrutura para que os doentes encontrem um sentido para os seus sintomas, avaliem os riscos para a sua saúde e desenvolvam estratégias de *coping*. Além disso, podem ser preditores da adesão, pois esta representa um dos comportamentos emitidos em resposta à maneira como a doença é percebida. Assinala-se que não é necessário que os indivíduos tenham tido uma experiência direta com a doença para que desenvolvam os seus modelos de

representação cognitiva e emocional, na medida em que podem desenvolver as suas percepções mesmo a partir da experiência de familiares ou de pessoas relevantes do contexto social, bem como, por influência de informações fornecidas pela comunicação social (Keith J.; Weinman Petrie, J. A., 1997).

Tendo em conta que a problemática apresentada tem importantes consequências para a saúde, parece pertinente a realização de uma revisão sistemática da literatura sobre a temática das representações de doença oncológica e a sua autogestão, com a finalidade de contribuir para uma melhor compreensão do processo cognitivo e emocional associado a esta patologia, bem como permitir a identificação de possíveis áreas de atuação dos enfermeiros que contribuam para a melhoria dos cuidados prestados.

A monitorização das necessidades específicas dos sobreviventes de cancro e o treino da sua capacitação para o autocuidado, são aspetos fundamentais para minimizar a morbilidade associada à doença e contribuir para ganhos em saúde, devendo esta ser uma área de oportunidade para os enfermeiros, de modo a fornecer e garantir os melhores cuidados de qualidade aos doentes (Pinto, 2006).

Atualmente sobreviver ao cancro é uma realidade para milhões de pessoas em todo o mundo, pelo que os enfermeiros podem beneficiar de uma compreensão mais profunda da experiência da pessoa (Doyle, 2008). Um dos objetivos mais imediatos da disciplina de enfermagem é desenvolver formas através das quais a natureza da experiência vivida pelo ser humano pode ser acedida, capturada e usada como base para o cuidar das pessoas (Meleis, 2012).

A necessidade do enfermeiro promover o autocuidado pela pessoa constitui uma oportunidade e um desafio na área do conhecimento da disciplina e do desenvolvimento das práticas, podendo os enfermeiros tornar-se imprescindíveis para a população, facilitando o processo de transição dos indivíduos e famílias confrontados com uma doença crónica e nomeadamente oncológica.

Assim, a presente revisão pretende sintetizar o conhecimento atual sobre a associação entre as representações de doença segundo o Modelo de Autorregulação d Comportamento em saúde, descrito por Leventhal (1997) e a autogestão da doença oncológica. Neste sentido, colocamos a seguinte questão de investigação “Qual a associação existente entre as representações da doença oncológica e a sua autogestão?”.

Atualmente, o modelo de autorregulação do comportamento de Leventhal constitui um importante objeto de estudo no âmbito da psicologia e da saúde, justificado, em parte, pela sua vasta aplicabilidade prática, bem como pela disponibilidade de instrumentos de avaliação da perceção de doença que permitem, através da sua aplicação, explicar os

comportamentos relacionados com a saúde e com a doença (Petrie & Weinman, 2006). No âmbito das ciências de enfermagem, o estudo do modelo de Leventhal parece constituir uma mais-valia devido às implicações que pode ter na adoção de comportamentos relacionados com a saúde e na adaptação, ou na recuperação de uma doença.

Espera-se, portanto, que a resposta à questão de investigação supracitada possa contribuir para uma melhor compreensão do processo cognitivo e emocional associado à doença oncológica, bem como permita o desenvolvimento de novas intervenções de enfermagem ao nível da prática dos cuidados e da formação. Para que tal ocorra é necessário recolher evidência científica que fundamente a importância de estratégias e de intervenções de enfermagem que permitam auxiliar o doente oncológico na autogestão da sua doença. Deste modo, foram delineados os seguintes objetivos:

- Identificar as implicações que as representações cognitivas e emocionais da doença segundo o modelo de Leventhal têm na autogestão da doença oncológica;
- Relacionar as representações da doença oncológica com as variáveis de processo (como as estratégias de coping) e de resultado (como a qualidade de vida).

O presente estudo encontra-se organizado em quatro partes distintas.

Na primeira parte, encontra-se a descrição dos materiais e métodos utilizados para a execução desta revisão sistemática da literatura, plasmado no protocolo de investigação (RSL).

A segunda parte apresenta a síntese das informações relevantes e descrição dos resultados dos estudos selecionados, tendo em conta os objetivos propostos para esta revisão.

A terceira parte refere-se à discussão e interpretação dos resultados, à apresentação das implicações para a prática e para a investigação e das limitações da presente revisão.

Por fim, na quarta parte, são expostas as principais conclusões extraídas do presente estudo e a consecução dos objetivos delineados.

MATERIAL E MÉTODOS

1. MATERIAL E MÉTODOS

1.1. Tipo de estudo

O presente estudo consiste numa revisão sistemática da literatura, na medida em que visa responder a uma questão de investigação específica, utilizando métodos sistemáticos e explícitos, de forma a identificar, selecionar e avaliar criticamente estudos relevantes, bem como a agrupar e analisar os dados que deles emergem (Higgins, 2011).

A revisão sistemática é, portanto, caracterizada por apresentar um conjunto de objetivos claramente estabelecidos, com critérios de elegibilidade dos estudos previamente definidos; uma metodologia explícita e reproduzível; uma pesquisa sistemática que identifique todos os estudos que atendam aos critérios de elegibilidade; uma avaliação da validade dos resultados dos estudos incluídos; uma apresentação sistemática e uma síntese das características e resultados dos estudos incluídos (Higgins, 2011).

1.2. Protocolo de investigação

A primeira fase para a condução de uma revisão sistemática compreende a elaboração de um plano que descreva o modo como os autores tencionam responder à sua questão de investigação (Higgins, 2011).

O plano ou protocolo de investigação consiste numa planificação prévia dos métodos, de forma a tentar minimizar erros e a evitar que o investigador altere a maneira como analisa os estudos à medida que verifica os resultados obtidos nos mesmos. Constitui, assim, um passo muito rigoroso e importante no delineamento da revisão sistemática (Bettany-Saltikov, 2012).

Por conseguinte, o planeamento do protocolo deve ser cuidadosamente elaborado, estando recomendada a sua avaliação por um profissional competente, previamente ao início da revisão (Evans, 2001).

Nesse sentido, o protocolo desta investigação foi previamente avaliado pelos dois orientadores e encontra-se dividido em oito etapas: (1) pergunta de investigação; (2) definição do problema; (3) objetivos da revisão sistemática; (4) critérios de inclusão e exclusão; (5) estratégia de pesquisa; (6) procedimento de seleção dos estudos; (7) procedimento de avaliação da qualidade metodológica; e (8) procedimento de extração dos dados (Bettany-Saltikov, 2012). Tendo a problemática do tema (etapa 2) em estudo sido descrita detalhadamente na parte introdutória, apresentámos de seguida somente as restantes etapas.

1.2.1. Pergunta de investigação

No planeamento da revisão sistemática, a primeira e mais importante decisão é a determinação do seu foco. Uma boa revisão sistemática deverá conter a formulação de apenas uma questão de partida, sendo necessário que seja suficientemente compreensiva e específica (Bettany-Saltikov, 2012).

Uma pergunta de partida bem construída possibilita a definição correta de um conjunto de informações necessárias à resolução da questão de pesquisa, maximiza a recuperação de evidências nas diferentes bases de dados, foca o objetivo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias (C. P. Santos, C.; Nobre, M., 2007).

A formulação de uma questão de partida representa a parte mais difícil de concretizar, pois esta irá condicionar todo o trajeto do estudo (Higgins, 2011).

Para descrever todos os componentes relacionados com o problema identificado e estruturar adequadamente a pergunta de pesquisa esta deve conter três ou quatro elementos (Bettany-Saltikov, 2012), pelo que foi utilizado o método PICO (Participantes [P], Intervenção/Exposição [I], Comparação [C], Outcome/ Resultado [O]), conforme apresentado no quadro 1, com vista a responder à seguinte questão de investigação: **Qual a associação existente entre as representações da doença oncológica e a sua autogestão?**

P	Participantes	Doente oncológico adulto
I	Intervenção/ Exposição	Representações de doença segundo o Modelo de Autorregulação de Leventhal
C	Comparação	-----
O	Outcome/ Resultado	Autogestão da doença oncológica

Quadro 1: Questão de investigação segundo o método PICO

Nesta fase, alguns autores, defendem que também é recomendável estabelecer o desenho dos estudos que melhor darão as respostas à pergunta de investigação, utilizando assim o acrónimo PICOT, em que T se refere ao tipo de estudos selecionados (Higgins, 2011). Contudo, esta opção não foi tomada, porque pretendeu-se compreender como este fenómeno tem sido estudado, independentemente do tipo de abordagem metodológica que os diferentes autores tenham adotado (e com este conhecimento, decidir quais os estudos que melhor responderiam à questão de investigação desta revisão).

1.2.2. Objetivos da revisão sistemática da literatura

O objetivo principal desta revisão sistemática é sumariar o conhecimento atual sobre a associação existente entre as representações cognitivas e emocionais sobre a doença segundo o Modelo de Autorregulação do comportamento em saúde, descrito por Leventhal, e a autogestão da doença oncológica.

Por sua vez, os objetivos específicos desta investigação visam identificar as implicações que as representações de doença têm na autogestão da doença oncológica, com vista a orientar futuros estudos nesta área.

1.2.3. Critérios de inclusão e exclusão

Numa revisão sistemática da literatura de qualidade os critérios de inclusão e exclusão devem ser definidos de forma minuciosa e transparente, antes da pesquisa, para que possam ser incluídos todos os estudos relevantes e excluídos os irrelevantes (Bettany-Saltikov, 2012).

Assim, a definição dos critérios de inclusão e exclusão, conforme apresentada no quadro 2, teve como finalidade orientar a pesquisa e a seleção dos estudos primários, de modo a aumentar a precisão dos resultados face à questão de investigação e aos objetivos do estudo.

Tanto na elaboração da questão de investigação (já anteriormente apresentada), como na definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos foi utilizada a estratégia PICO.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
Participantes	Indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos Indivíduos portadores de doença oncológica, independentemente da localização anatómica e/ou estadio da doença
Exposição	Estudos que abordem o Modelo de Autorregulação do comportamento em saúde descrito por Leventhal (1997)
Outcome/ Resultado	Estudos que abordem a temática da autogestão da doença oncológica

Data de publicação	Estudos publicados até 31 de março de 2013
Língua	Estudos publicados em inglês, português e espanhol
Tipo de estudos	Estudos primários com acesso a texto integral

Quadro 2: Critérios de inclusão de estudos na revisão sistemática

1.2.4. Estratégia de pesquisa

A validade da revisão sistemática está diretamente relacionada com o rigor da pesquisa e com a sua capacidade para identificar todos os estudos relevantes, o que por sua vez, irá definir a qualidade das conclusões finais (Bettany-Saltikov, 2012; Galvão, 2004).

A procura de estudos na literatura é, portanto, uma fase chave do processo de condução de uma revisão sistemática, dado que a construção e a definição da estratégia de pesquisa vão condicionar todos os resultados obtidos (Banningan, 1997).

Deste modo, e embora se pretenda o acesso ao maior número possível de publicações, torna-se igualmente necessário balancear a sensibilidade e a precisão desta estratégia a fim de evitar possíveis excessos de estudos irrelevantes (Higgins, 2011).

A procura da evidência tem início com a definição de termos ou palavras-chave, das bases de dados e de outras fontes de informação a serem pesquisadas. Uma pesquisa adequada nas bases de dados eletrónicas é uma habilidade importante na realização de uma revisão sistemática, pois permite maximizar a possibilidade de encontrar artigos relevantes num tempo reduzido (Sampaio, 2007).

Neste sentido, a primeira fase deste processo consistiu na identificação das bases de dados relevantes a serem consultadas mediante a temática em estudo e na definição das palavras-chave ou descritores que representassem os termos da pergunta de investigação.

As palavras-chave incluem termos indexados nas bases de dados eletrónicas ou termos livres, sendo que para uma pesquisa eficaz, a utilização adequada destes termos é fulcral (Bettany-Saltikov, 2012; Timmins, 2005). Os termos de busca indexados são denominados por termos MeSH (*Medical Subject Headings*) na base de dados MEDLINE, por *Headings* na base de dados CINAHL ou por *Thesaurus* na base de dados PSYCInfo. Já os termos livres são palavras usadas na linguagem quotidiana e não se encontram presentes sob a forma de palavras-chave indexadas nas bases de dados. Da combinação de termos indexados e de termos livres resultará uma pesquisa mais

abrangente e ao mesmo tempo suficientemente sensível e específica (Bettany-Saltikov, 2012; Lahlafi, 2007)

Nesta RSL, os termos de busca utilizados foram selecionados a partir das palavras-chave indexadas em cada uma das bases de dados selecionadas e pelo recurso a termos livres, conforme foi referenciado anteriormente.

A MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* – é a base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América (*US National Library of Medicine's* – NLM) e contém milhões de referências a artigos de jornais científicos, com maior concentração em biomedicina, enfermagem, veterinária, farmacologia, odontologia, entre outros. A CINAHL é a mais completa fonte de periódicos científicos nas áreas de enfermagem e relacionadas com a saúde. A PSYCInfo é a mais importante base de dados na área da Psicologia, desenvolvida pela *American Psychological Association*, que reúne, organiza e divulga a literatura relevante publicada internacionalmente na área da Psicologia e disciplinas associadas.

A segunda fase do processo de pesquisa em bases de dados, consistiu na identificação de sinónimos para todos os termos que foram incluídos em cada uma das partes constituintes da estratégia PICO.

A terceira fase deste processo compreendeu a identificação de possíveis abreviaturas dos termos utilizados ou a identificação de diferentes palavras, com terminações diferentes para o mesmo termo. Estas duas fases foram asseguradas através da utilização da ferramenta “*MH Exact Subject Heading*” que permite a inclusão automática de variações ou termos sinónimos da palavra-chave selecionada. É de referir que esta ferramenta selecionou, tanto os estudos para os quais a palavra-chave estava identificada como conceito principal, como também aqueles para os quais estava como conceito menos importante. Nos casos em que a base de dados não disponha das palavras-chave pretendidas, foram utilizados os termos livres com o instrumento adicional “*”.

A quarta fase deste processo envolveu a conexão dos termos de pesquisa através de operadores *booleanos*: “OR” e “AND”, entre os diferentes termos de pesquisa. O operador “OR” selecionou os estudos com qualquer um dos termos de busca identificados, enquanto o operador “AND” apenas incluiu os estudos com ambos os termos de busca.

A quinta fase consistiu na pesquisa propriamente dita nas fontes mais relevantes. As fontes de informação podem ser de várias categorias, desde as bases de dados às dissertações, artigos de revistas, livros ou outras (Bettany-Saltikov, 2012). Nesta investigação, optou-se por realizar a pesquisa em três bases de dados incluídas no motor de busca EBSCO *host web*: MEDLINE, CINAHL e PSYCInfo, tendo sido construída uma

frase booleana para cada uma das bases de dados, dadas as especificidades de cada um dos termos de pesquisa indexados a cada uma delas.

A frase *booleana* utilizada na MEDLINE foi: (((MH "Neoplasms") OR ("Cancer Patient*") OR ("Oncolog* Patient*") OR ("Cancer Survivor*")) AND ((("Leventhal and Johnson's Theory of Self-Regulation") OR ("Health Belie* Model*") OR ("Self Regulat* Theor*") OR ("Self Regulat* Model*") OR ("Common Sense Model*") OR ("Illness* Perception* Model*") OR ("Illness* Representation* Model*") OR ("Health Belie*")) AND ((MH "Self Care") OR (MH "Illness Behavior") OR (MH "Medication Adherence") OR (MH "Patient Compliance") OR (MH "Health Behavior") OR (MH "Attitude to Health")))).

A frase *booleana* utilizada na base de dados CINAHL foi: (((((MH "Cancer Patients") OR (MH "Cancer Survivors") OR (MH "Neoplasms")) AND ((MH "Leventhal and Johnson's Theory of Self-Regulation") OR (MH "Health Belief Model") OR ("Self Regulat* Theor*") OR ("Self Regulat* Model*") OR ("Common Sense Model*") OR ("Illness* Perception* Model*") OR ("Illness* Representation* Model*") OR (MH "Health Beliefs")) AND ((MH "Self Care") OR (MH "Health Behavior") OR (MH "Patient Compliance") OR (MH "Medication Compliance") OR (MH "Attitude to Health") OR (MH "Attitude to Illness") OR (MH "Patient Attitudes") OR (MH "Patient Autonomy")))).

A frase *booleana* utilizada na base de dados PSYCInfo foi: (((DE "Neoplasms") OR ("Cancer Patient*") OR ("Oncolog* Patient*") OR ("Cancer Survivor*")) AND ((("Leventhal and Johnson's Theory of Self-Regulation") OR ("Health Belie* Model*") OR ("Self Regulat* Theor*") OR ("Self Regulat* Model*") OR ("Common Sense Model*") OR ("Illness* Perception* Model*") OR ("Illness Representation* Model*") OR ("Health Belie*")) AND ((DE "Illness Behavior") OR (DE "Health Behavior") OR (DE "Choice Behavior") OR (DE "Self Management") OR (DE "Treatment Compliance")))).

A sexta e última fase é aquela em que o investigador procede ao registo dos resultados da pesquisa. O registo deve ser minuciosamente detalhado para que, caso seja necessário, possa ser auditado, verificado e replicado, tornando a pesquisa mais válida (Bettany-Saltikov, 2012). Nesta revisão, todos os artigos identificados em cada uma das bases de dados foram exportados para o programa *EndNote*, e foi a partir deste programa que toda a gestão documental, dos artigos identificados, foi elaborada.

1.2.5. Procedimento de seleção dos estudos

O procedimento de seleção dos estudos permite diminuir enviesamentos e possíveis erros humanos, fazendo com que todos os artigos sejam selecionados da mesma forma e assegurando a validade e a veracidade dos resultados (Bettany-Saltikov, 2012; Higgins, 2011).

Da pesquisa realizada resultaram 312 artigos possivelmente relevantes, sendo 65 destes provenientes da MEDLINE, 186 da CINAHL e 61 da PSYCInfo.

Com o intuito de evitar a duplicação de artigos foi efetuada a verificação das publicações, tendo-se procedido à remoção de 32 artigos em duplicado.

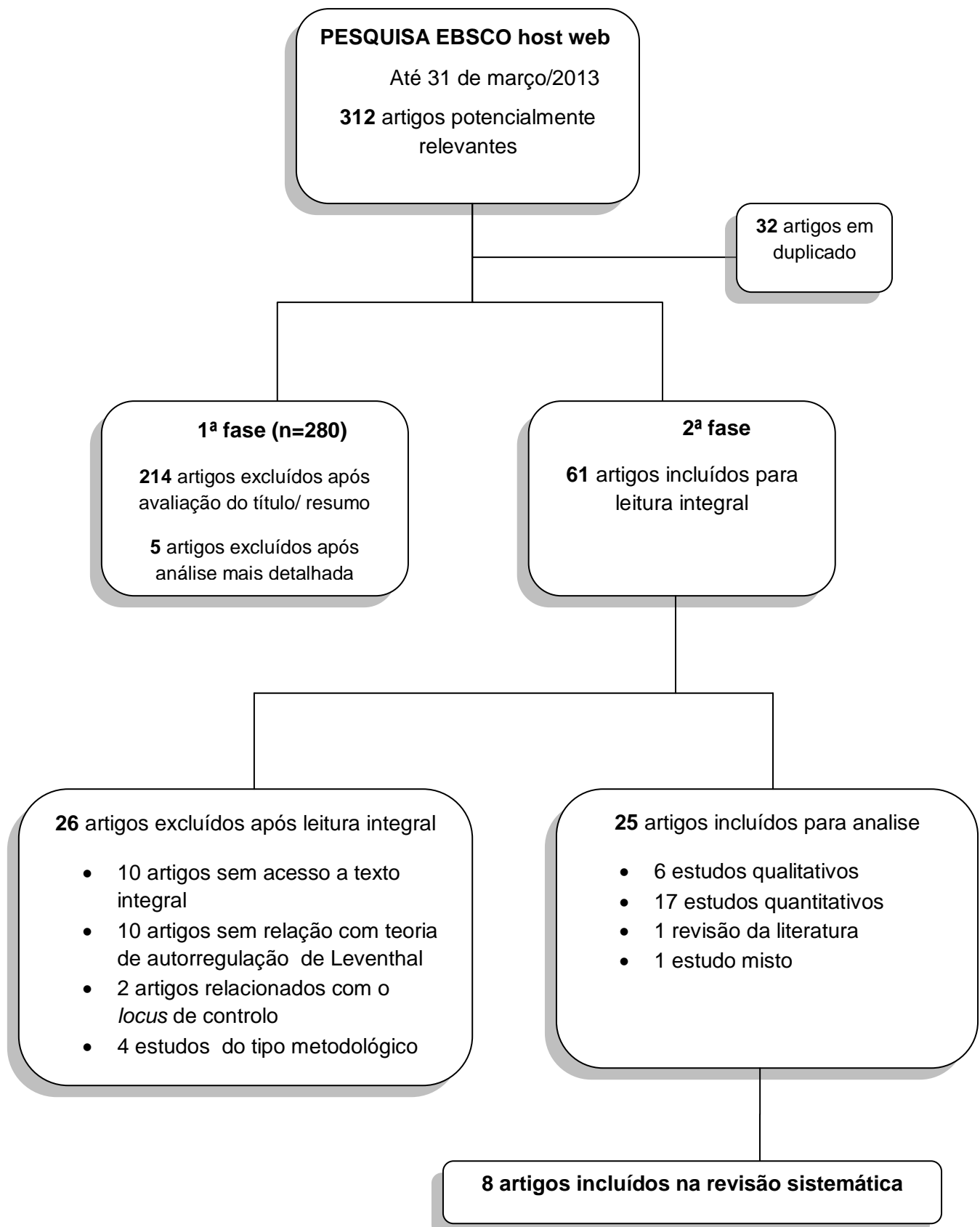
Posteriormente, os 280 estudos resultantes foram submetidos a leitura independente por dois revisores, estudantes de mestrado que integram do projeto de autogestão da doença crónica da UNIESEP. Estes analisaram os títulos, resumos e texto integral, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos no protocolo de pesquisa. Todo o processo de seleção dos estudos foi registado numa tabela (ANEXO 1), por ambos os revisores. De seguida, os resultados da seleção foram comparados não havendo discordância. Desta análise, por não deterem os critérios de inclusão previamente estabelecidos foram excluídos 50 artigos pelo título, 164 artigos pelo resumo e cinco artigos após leitura integral.

Os artigos remanescentes aparentemente detinham os critérios de inclusão estabelecidos, pelo que, subsequentemente, todos os artigos selecionados (n=61) foram revistos integralmente a fim de selecionar os estudos pertinentes para a abordagem da temática. Dado que 16, dos 61 artigos, não se encontravam acessíveis para leitura integral, foi solicitada a sua disponibilização junto de instituições hospitalares e educativas, tendo-se conseguido aceder apenas a 6 destes estudos. Procedeu-se, então, à leitura integral dos 51 artigos restantes, após o que foram excluídos 26 estudos por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos e incluídos para análise os 25 restantes.

Desses 25 estudos, foram analisados os tipos de estudo, sendo 6 qualitativos, 17 quantitativos, uma revisão da literatura e um estudo misto. Tendo em conta que o maior número de estudos era do tipo quantitativo e que existe um instrumento de avaliação que mede as representações de doença (IPQ-R), foi decidido por consenso de investigadores, analisar somente os artigos que utilizassem o referido instrumento, restando, assim, para a inclusão na análise final 8 artigos.

Na figura 1, consta o fluxograma onde estão representadas as fases de seleção dos estudos.

Figura 1 – Fases da seleção dos estudos



1.2.5.1. Instrumentos de medida das representações de doença

Na tentativa de compreender a natureza da relação entre a doença, as estratégias de *coping*, e os resultados em saúde, com o objetivo de criar intervenções que permitam facilitar a autogestão da doença, desenvolveram-se os seguintes instrumentos com base no modelo de autorregulação do comportamento em saúde de Leventhal: (1) IPQ, (2) IPQ-R e (3) BRIEF IPQ.

Numa fase inicial, os investigadores tencionaram construir um instrumento de avaliação quantitativa, com um constructo teórico estruturado a partir do modelo de Leventhal, que fosse suficientemente flexível para usar itens adicionais direcionados a grupos de doentes, contextos e tratamentos de saúde específicos. Além disso, era essencial que estes instrumentos tivessem boas propriedades psicométricas. A partir dessa proposta foi desenvolvido o IPQ, contendo cinco escalas que avaliam os componentes da representação cognitiva da doença – identidade, causas, duração, consequências e cura/ controlo (Weinman, 1996).

Uma revisão do IPQ possibilitou a melhoria das suas propriedades psicométricas, tendo sido realizadas adaptações que levaram a um aumento do número de itens, o que resultou na criação de um novo instrumento denominado IPQ-R.

A nova versão do IPQ-R encontra-se dividida em três secções, com as escalas identidade e dimensão causal apresentadas separadamente. Foram incluídos outros componentes, nomeadamente a coerência da doença (compreensão), a duração cíclica e a representação emocional (C. P.-R. Santos, J.; C. Lopes, 2003).

A escala identidade é constituída por 14 sintomas, sendo 12 deles integrantes do IPQ original: dores em geral, dores de garganta, náusea, falta de ar, perda de peso, fadiga, rigidez articular, olhos inflamados, dores para respirar, dores de cabeça, indisposição do estomago, dificuldades para dormir, tonturas e sensação de perda de forças. As instruções para esta escala foram também alteradas. O IPQ original incluía uma avaliação inicial da intensidade dos sintomas, enquanto no IPQ-R os doentes devem apenas responder, numa escala dicotómica (sim ou não), se apresentam os sintomas desde o início da doença e se acreditam que eles estão relacionados com a mesma. Posteriormente são apresentados 38 itens correspondentes às subescalas: consequências, dimensão temporal (aguda/ crónica), dimensão cíclica (caráter intermitente de sinais e sintomas da doença), coerência e cura/controlo. Estes itens são avaliados por meio de uma escala de Likert de 5 pontos (“discordo plenamente”, “discordo”, “não concordo nem discordo”, “concordo”, “concordo plenamente”). Nessa

secção, todos os itens do IPQ original foram incluídos, sendo adicionados novos itens (coerência da doença, duração cíclica e representação emocional) correspondentes a subescalas não contempladas no IPQ original. Finalmente é apresentada a última secção relativa à dimensão causal que também utiliza uma escala do tipo Likert de 5 pontos. Destaca-se que nesta secção houve um aumento no número de itens relativos a causas possíveis para a doença. Ainda no final da secção “causas da minha doença” é solicitado que o doente classifique por ordem de importância os três fatores que possam ter causado a sua doença, segundo a sua percepção (Moss-Morris, 2002; C. P.-R. Santos, J.; C. Lopes, 2003).

Valores elevados nas subescalas de identidade, dimensão temporal, dimensão cíclica, consequências e representação emocional indicam crenças negativas sobre o número de sintomas da doença, cronicidade da condição, natureza cíclica da doença, piores consequências e respostas emocionais à doença mais negativas, respetivamente. Valores elevados nas dimensões controlo pessoal, controlo de tratamento e coerência da doença representam crenças positivas sobre o controlo (pessoal e do tratamento) sobre a doença, bem como refletem um bom entendimento do indivíduo sobre a sua condição. Valores elevados na escala de causas refletem maior concordância com as atribuições causais aí apresentadas (Moss-Morris, 2002; C. P.-R. Santos, J.; C. Lopes, 2003).

O IPQ-R possui a vantagem de poder ser adaptado para patologias particulares, substituindo a palavra doença pelo nome específico da doença que se deseja investigar. Além disso, itens relevantes para a escala identidade e causas da doença podem ser prontamente inseridos no questionário. São encontradas traduções para 17 idiomas, encontrando-se também disponíveis versões específicas para as diversas doenças, acessíveis através do site <http://www.uib.no/ipq> (Moss-Morris, 2002).

No entanto, apesar de todas as vantagens referidas anteriormente, o IPQ-R é um instrumento extenso, o que dificulta a sua utilização em diversos contextos. Como tal, surgiu a necessidade de desenvolver outra versão do questionário, o *Brief Illness Perception Questionnaire* (*Brief IPQ*). Trata-se de uma versão reduzida, que avalia as representações cognitivas e emocionais da doença, sendo composta por nove itens desenvolvidos a partir do IPQ-R. Os autores do instrumento concluíram que o *Brief IPQ* é uma medida válida e fidedigna para avaliar a percepção da doença, possui ainda a vantagem de ser de rápida e fácil aplicação e compreensão (Broadbent, 2006).

1.2.6. Procedimento de avaliação da qualidade metodológica

O procedimento de avaliação da qualidade metodológica dos estudos é uma etapa determinante na construção de uma revisão sistemática da literatura, na medida

em que infere a validade interna e externa dos estudos (Bettany-Saltikov, 2012), permitindo avaliar até que ponto a metodologia utilizada foi a mais adequada e os resultados estão aproximados da realidade (Higgins, 2011). Por outro lado, permite também explorar o modo como as diferenças na qualidade metodológica dos estudos pode explicar as diferenças nos resultados obtidos, assim como orienta a interpretação dos mesmos e a sua importância para a prática clínica (Bettany-Saltikov, 2012).

No que concerne ao processo de avaliação da qualidade metodológica dos estudos da presente revisão sistemática, este foi realizado por dois revisores de forma independente e com recurso a um Formulário de Avaliação Crítica adaptado (ANEXO 2).

Este formulário de avaliação metodológica foi desenvolvido a partir dos estudos de (Law, 1998), (Caldwell, 2005) e (Caldwell, 2011) para os estudos quantitativos. A opção por este instrumento deveu-se à presença de itens de elevada relevância para a definição da qualidade metodológica. Para calcular a pontuação dos estudos quantitativos, foram selecionados os itens mais importantes para classificar a qualidade metodológica dos estudos. Para cada resposta “Sim” ou “Não se aplica” foi atribuído 1 ponto e para cada resposta “Não” ou “Não está descrito” 0 pontos. O score total foi concretizado pelo somatório das pontuações equivalentes a cada item, variando entre 0 e 18 valores (ANEXO 3).

1.2.7. Procedimento de extração dos dados

O processo de extração dos dados é provavelmente a etapa metodológica mais desafiante, dado que envolve por um lado, a revisão minuciosa dos estudos primários e por outro lado a síntese da informação relevante, o que originará a resposta à pergunta de investigação (Higgins, 2011). Deste modo, com o intuito de padronizar este processo e reforçar a validade dos resultados (Bettany-Saltikov, 2012), foi criada uma tabela de extração dos dados abrangendo as componentes da pergunta PICO (ANEXO 4).

Como tal, posteriormente à seleção e avaliação da qualidade metodológica dos estudos foram recolhidas as seguintes informações:

- Identificação do estudo: publicação (título, autores, revista, ano e país);
- Métodos utilizados: desenho do estudo, composição da amostra, instrumentos de medida;
- Principais resultados e conclusões;
- Associação: existência (ou não) de associação entre os resultados obtidos no IPQ-R comparativamente com outros resultados de outros instrumentos de medida utilizados;
- Qualidade metodológica do estudo (classificação).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Por forma a dar resposta à nossa questão de investigação relativa à associação existente entre as representações da doença oncológica e a sua autogestão, esta revisão encontrou oito estudos que foram de encontro aos critérios de inclusão previamente estabelecidos (quadro 3).

Os estudos selecionados para a nossa revisão foram realizados nos Estados Unidos da América, Reino Unido e na Holanda. O desenho dos estudos é não experimental e a metodologia utilizada de tipo quantitativa, sendo a maioria destes descritivos. Quanto ao momento no tempo em que se realizaram as avaliações verificou-se uma grande discrepância, assim, os estudos apresentam um tipo de coorte transversal (avaliações nos momentos pré-tratamento (E4), durante tratamento (E2) e pós-tratamento (E1, E5 e E6)) e um tipo de coorte longitudinal (avaliações em um momento no pré-tratamento e em dois momentos no pós-tratamento (E7) e em dois momentos pós-tratamento (E8)).

Os estudos selecionados são muito heterogêneos no que se refere às patologias abordadas. Assim como, os objetivos destes são também bastante diferentes entre eles, tentando relacionar as representações da doença com diferentes processos ou resultados, o que, por sua vez, se traduz na utilização de diferentes instrumentos de avaliação.

Neste sentido, no E1 foi medido o bem-estar emocional através da FACT-G, que avalia a qualidade de vida nos domínios físico, emocional, social/ familiar e emocional e o PSS de forma a perceber o nível de stress vivenciado no último mês. Por outro lado, o E2 pretendeu avaliar o bem-estar psicológico através da HAD-S (ansiedade e depressão) e a severidade dos sintomas. Constatamos, assim, que embora os autores destes dois estudos relacionem o mesmo conceito com as representações da doença, estes acabam por efetuar a sua avaliação através de dois instrumentos distintos.

Quanto aos estudos 3 e 4, embora pertencentes aos mesmos autores e referentes à mesma amostra achou-se pertinente a inclusão dos dois estudos, na medida em que para a mesma amostra eles utilizam instrumentos diferentes. No E3 pretendem relacionar as representações da doença com o medo de recorrência, enquanto no E4 pretendem perceber como os componentes do modelo de autorregulação são preditores da qualidade de vida. Para tal, utilizam como instrumentos comuns o LOT-R que avalia o otimismo, o Brief COPE que percebe as estratégias de *coping* utilizadas e a HADS para perceberem os níveis de ansiedade e depressão da amostra. No estudo 3 acrescentam a avaliação da frequência com que os doentes se preocupam com a recorrência da sua doença, através da colocação de uma questão aberta. No estudo 4 acrescentaram outras

medidas, nomeadamente diferentes escalas de qualidade de vida como a PGI, SF-12 e QLQ-C30 EORTC, bem como um instrumento que avalia as crenças dos doentes acerca dos medicamentos prescritos denominado BQM.

Os estudos 5 e 6 pretendem relacionar as estratégias de *coping* com as representações da doença, sendo que o estudo 5 relaciona ambos com a qualidade de vida, e mais concretamente o bem-estar emocional e as perturbações de humor (através do POMS-SF), enquanto o estudo 6 relaciona ambos com a saúde física e mental percebida (através do RAND-36). Para avaliar o *coping* mais uma vez são utilizados instrumentos distintos, por um lado os autores do estudo 5 preferiram o COPE enquanto os autores do estudo 6 preferiram o UCL.

Os estudos 7 e 8 direccionam-se para o estudo dos comportamentos de saúde e a sua relação com as representações de doença, no entanto o estudo 7 direcciona-se especificamente para o consumo tabágico tendo em conta que se trata de um estudo em doentes com cancro do pulmão e o estudo 8 relaciona com alterações comportamentais e práticas de saúde correntes, não só sobre o consumo tabágico, como o consumo de alimentos mais saudáveis, bebidas alcoólicas e prática de exercício físico.

Autor, Ano, País	Tipo de estudo	Objetivo do estudo	Tipo de cancro	Instrumentos
Traeger, 2009, Estados Unidos da América (E1)	Descritivo Transversal	Explorar a relação entre as representações cognitivas da doença e o bem-estar emocional	Próstata	IPQ-R FACT-G EPIC PSS
Thuné-Boyle, 2006, Reino Unido (E2)	Descritivo Transversal	Analisar a relação entre as crenças sobre a cura e sobre as consequências e o <i>distress</i>	Vários (mama, colorectal, pulmão, linfoma, ovário, gástrico, outros)	IPQ-R HAD-S Check-list de sintomas
Llewellyn, 2006, Reino Unido (E3)	Descritivo Longitudinal	Determinar as representações relacionados com o medo de recorrência da doença	Cabeça-pescoço	IPQ-R LOT-R Brief COPE HAD-S Medo de recorrência
Llewellyn, 2007, Reino Unido (E4)	Descritivo Transversal	Compreender as relações existentes entre qualidade de vida e atributos do modelo de autorregulação	Cabeça-pescoço	QLQ-C30 SF-12 PGI IPQ-R BQM HAD-S LOT-R

Gould, 2010, Reino Unido (E5)	Correlacional-preditivo Transversal	Testar a utilidade do modelo de autorregulação em prever perturbações de humor associadas à doença; Perceber as relações entre as representações da doença, as estratégias de <i>coping</i> e as perturbações de humor	Ginecológico (colo do útero, endométrio, ovário, vulva)	Brief COPE IPQ-R COPE POMS-SF
Rozema, 2009, Holanda (E6)	Descritivo Transversal	Compreender o papel das representações da doença sobre as estratégias de <i>coping</i> e os resultados em saúde	Mama	IPQ-R UCL RAND-36
Browning, 2009, Estados Unidos da América (E7)	Descritivo Longitudinal	Analisar as representações da doença ao longo do tempo	Pulmão	IPQ-R
Constanzo, 2011, Estados Unidos da América (E8)	Descritivo Longitudinal	Determinar a associação entre as representações da doença e as alterações comportamentais	Mama	Práticas de saúde IPQ-R

Quadro 3: Análise comparativa dos estudos primários

As representações cognitivas de doença (embora nem sempre na sua totalidade) foram avaliadas em todos os estudos, enquanto as representações emocionais foram avaliadas apenas em quatro estudos (quadro 4).

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E9	E8
Identidade			+	+			+	
Duração aguda/ crónica			+	+	+	+	+	+
Duração cíclica			+	+	+	+	+	
Controlo pessoal	+	+	+	+	+	+	+	+

Controlo tratamento	+	+			+	+	+	
Consequências	+	+	+	+	+	+	+	+
Coerência	+		+	+	+	+	+	
Representação emocional			+	+		+	+	
Causas	+					+		+

Quadro 4: Subescalas do IPQ-R utilizadas nos estudos primários

ILLNESS PERCEPTIONS AND EMOTIONAL WELL-BEING IN MEN TREATED FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER (E1)

Lara Traeger, Frank J. Penedo, Jeffrey S. Gonzalez, Jason R. Dahn, Suzanne C. Lechner, Neil Schneiderman, Michael H. Antoni

Journal of Psychosomatic Research 67 (2009) 389-397 USA

DESENHO DO ESTUDO	AMOSTRA	MEDIDAS	SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES	ASSOCIAÇÃO	QUALIDADE DO ESTUDO
Não experimental Descritivo Transversal	n = 214 Homens que completaram o tratamento para o estadio inicial (I-II) de cancro prostático nos últimos	<u>IPQ-R</u> <i>Illness Perception Questionnaire – Revised</i> : controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência, consequências e causas; <u>FACT-G</u> <i>Functional Assessment of Cancer Therapy-General Module</i> : qualidade de vida geral, nos domínios físico, funcional, social/familiar e emocional;	<u>Representações de doença e bem-estar emocional</u> Maior controlo de tratamento (r=0.18), maior coerência (r=0.28), menos consequências negativas (r=-0.35), menos causas percebidas de cancro prostático (r=-0.25), permaneceram associados a um maior bem-estar emocional (p<0.01). O controlo pessoal percebido não se relacionou com o bem-estar emocional. <u>Stresse</u> Percepções de coerência da doença mantiveram-se associadas ao bem-estar emocional. O stresse moderou a relação entre as consequências negativas percebidas de	+ + + - + +	Elevada (14)

	18 meses.	<p><u>EPIC</u> <i>Expanded Prostate Cancer Index Composite</i>: frequência e gravidade dos problemas sexuais após o tratamento do cancro da próstata;</p> <p><u>PSS</u> <i>Perceived Stress Scale</i>: quanto imprevisível, incontrolável e stressante os participantes sentiram que tinha sido a sua vida durante o último mês.</p>	<p>cancro prostático e o bem-estar emocional ($\beta=-0.14$, $p<0.02$) e interagiu com o controlo do tratamento e as causas de cancro prostático para prever o bem-estar emocional ($\beta=-0.11$, $p<0.06$).</p> <p><u>Disfunção sexual</u></p> <p>A disfunção sexual não moderou as relações entre as representações de doença e o bem-estar emocional nem previu diferenças nas representações de doença ou no bem-estar emocional.</p>	+	
				-	

Quadro 5: Síntese dos resultados de E1

THE ROLE OF ILLNESS BELIEFS, TREATMENT BELIEFS, AND PERCEIVED SEVERITY OF SYMPTOMS IN EXPLAINING DISTRESS IN CANCER PATIENTS DURING CHEMOTHERAPY TREATMENT (E2)

Ingela C. V.Thuné-Boyle, MSc, CPsychol., Lynn B. Myers, PhD, BPharm, Stanton P. Newman, DPhil

Behavioral Medicine 32 (2006) 19-29 United Kingdom

DESENHO DO ESTUDO	AMOSTRA	MEDIDAS	SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES	A S S O C I A Ç Ã O	QUALIDADE DO ESTUDO
Não experimental Descritivo Transversal	N =72 Doentes que estejam a realizar quimioterapia endovenosa e que tenham realizado pelo menos	<u>IPQ-R</u> <i>Illness Perception Questionnaire – Revised</i> : cura e consequências do cancro e dos seus tratamentos; <u>HAD-S</u> <i>The Hospital Anxiety and Depression – Scale</i> : bem-estar psicológico (ansiedade e depressão); <u>Check-list</u> de sintomas:	O número de sintomas atribuídos à doença e as crenças sobre as consequências da doença relacionaram-se positivamente ($r=0.431$, $p<0.01$). A percepção das consequências da doença estava, em parte, positivamente relacionada com a ansiedade ($r=0.432$, $p<0.01$) e com a depressão ($r=0.371$, $p<0.01$). As crenças sobre as consequências previram 15% de variância ($\Delta r^2=0.152$, $\beta=0.430$, $t=3.845$, $p<0.001$) em estados de ansiedade $F(8,63)=4.732$, $p<0.001$. As crenças sobre as consequências previram 20% de variância ($\Delta r^2=0.047$, $\beta=0.277$, $t=2.178$, $p<0.033$) em	+ + + +	Elevada (14)

CAN WE PREDICT WHICH HEAD AND NECK CANCER SURVIVORS DEVELOP FEARS OF RECURRENCE? (E3)					
Carrie D. Llewellyn, John Weinman, Mark McGurk, Gerry Humphris					
Journal of Psychosomatic Research 65 (2008) 525-532 United Kingdom					
DESENHO DO ESTUDO	AMOSTRA	MEDIDAS	SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES	A S S O C I A Ç Ã O	QUALIDADE DO ESTUDO
Não experimental Descritivo Longitudinal	N= 82 (1º momento – T1, período compreendi do entre a confirmação do diagnóstico e antes do tratamento) N= 50 (2º	<u>Instrumentos utilizados em T1:</u> <u>IPQ-R</u> <i>Illness Perception Questionnaire – Revised:</i> identidade, duração aguda/ crónica, duração cíclica, consequências, controlo pessoal, coerência e representação emocional; <u>LOT-R</u> <i>Life Orientation Test - Revised:</i> otimismo (generalizado);	<u>Medo de recorrência reportado</u> Os resultados das médias do medo de recorrência em T1 e em T2 foram de 2.8 e 2.6 respetivamente. O que corresponde a preocupar-se que o cancro possa voltar “ocasionalmente”. Os níveis de preocupação acerca da recorrência da doença não foram suficientemente maiores na fase inicial [média (DP)=2.81 (1.09)] do que na fase de follow-up [média (DP)=2.58 (0.95)] (t=0.68, df=48, p>0.05). <u>Medo de recorrência enquanto manifestação de ansiedade</u> Encontradas associações significativas entre ansiedade e		Elevada (15)

	<p>momento – T2, 6-8 meses após todos os tratamentos terminados)</p> <p>Adultos com diagnóstico inicial e histologia confirmada de tumor primário de cabeça e pescoço.</p>	<p><u>Brief COPE</u>: coping situacional (estratégias adaptativas e não adaptativas de coping);</p> <p><u>HAD-S Hospital Anxiety and Depression Scale</u>: estados de ansiedade ou depressão.</p> <p><u>Instrumento utilizado em T1 e T2</u>:</p> <p>Medo de recorrência (FOR – <i>fear of recurrence</i>): “No último mês com que frequência se preocupou com a possibilidade do cancro reaparecer?”.</p>	<p>medo de recorrência na avaliação inicial ($r=0.46$, $p=0.001$) e no follow-up, sendo que a variância explicada foi de 35% e 21% respetivamente.</p> <p><u>Medo de recorrência, representações de doença e coping</u></p> <p>Incrementos a longo prazo do medo de recorrência foram associados com percepções de maiores consequências da doença ($r=0.39$; $p\leq 0.005$) e maiores representações emocionais na fase inicial ($r=0.38$, $p\leq 0.01$), por outro lado a duração (aguda/crónica) não se encontra relacionada. As estratégias de <i>coping</i> foram também positivamente associadas com os medos, tal como a negação ($r=0.29$, $p\leq 0.05$), reenquadramento positivo ($r=0.33$, $p\leq 0.05$), prática de religião ($r=0.29$, $p\leq 0.05$) e planeamento ($r=0.41$, $p\leq 0.005$).</p> <p><u>Preditores do medo de recorrência</u></p> <p>O medo de recorrência em T2 foi diretamente previsto por duas variáveis: níveis basais de medo e otimismo. Os coeficientes de equações estruturais para estas variáveis foram 0.53 e -0.31, respetivamente, indicando que elevados níveis de medos prévios ao tratamento e baixos níveis de otimismo levavam diretamente a elevados níveis de medo de recorrência após os tratamentos.</p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>-</p>
--	--	--	---	----------------------------

Quadro 7: Síntese dos resultados de E3

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PATIENT GENERATED INDEX (PGI) AND MEASURES OF HR-QOL FOLLOWING DIAGNOSIS WITH HEAD AND NECK CANCER: ARE ILLNESS AND TREATMENT PERCEPTIONS DETERMINANTS OF JUDGMENT-BASED OUTCOMES? (E4)

C. D. Llewellyn, M. McGurk, J. Weinman

British Journal Of Health Psychology 12 (2007), 421-437 United Kingdom

DESENHO DO ESTUDO	AMOSTRA	MEDIDAS	SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES	A S S O C I A Ç Ã O	QUALIDADE DO ESTUDO
Não experimental Descritivo Transversal	N= 82 Doentes com diagnóstico confirmado de carcinoma de células escamosas	<u>QLQ-C30 V.3 EORTC</u> : qualidade de vida do doente oncológico (utilizada apenas a escala geral de qualidade de vida/ estado de saúde); <u>SF-12 V.2 MOS Short Form Health Survey</u> : qualidade de vida em geral, focada em duas vertentes, saúde física (PCS)	<u>Representações de doença e coping</u> Os doentes com maiores perceções relacionadas com as consequências da doença estavam mais propensos a utilizar o suporte emocional ($r=0.24$, $p\leq 0.05$) e as estratégias de planeamento ($r=0.32$, $p\leq 0.01$). As crenças acerca do controlo pessoal da doença foram também positivamente associadas com as estratégias de planeamento ($r=0.25$, $p\leq 0.05$) e o <i>coping</i> ativo ($r=0.27$, $p\leq 0.05$). As representações emocionais estavam positivamente relacionadas com o <i>coping</i> ativo ($r=0.29$,	+ +	Elevada (15)

	<p>de cabeça e pescoço</p> <p>Os dados foram obtidos no período próximo da confirmação do diagnóstico, previamente e aos tratamentos.</p>	<p>e saúde mental (MCS);</p> <p><u>PGI</u> <i>Patient Generated Index</i>: efeito de uma determinada condição em alguns aspetos da vida dos doentes que estes considerem ser de maior importância;</p> <p><u>IPQ-R</u> <i>Illness Perception Questionnaire - Revised</i>: identidade, duração aguda/crónica, duração cíclica, consequências, controlo pessoal, coerência e representação emocional;</p> <p><u>BQM</u> <i>Beliefs about Medicine Questionnaire</i>: crenças dos doentes acerca dos medicamentos prescritos através de duas subescalas que avaliam as crenças</p>	<p>$p \leq 0.01$) e a reavaliação positiva ($r=0.25$, $p \leq 0.01$). Crenças acerca da necessidade de tratamento estavam positivamente associadas com o <i>coping</i> ativo ($r=0.31$, $p \leq 0.01$) e o uso de suporte emocional ($r=0.30$, $p \leq 0.01$), enquanto fortes preocupações acerca do controlo de tratamento estavam mais relacionadas com maior reenquadramento positivo ($r=0.26$, $p \leq 0.05$).</p> <p>Não foram encontradas relações significativas entre o otimismo e as estratégias de <i>coping</i> utilizadas ($p > 0.05$). Contudo, foram encontradas relações significativas entre otimismo e crenças acerca da duração ($r=-0.24$, $p \leq 0.05$) e controlo pessoal ($r=0.27$, $p \leq 0.05$).</p> <p><u>PGI e HR-QoL</u></p> <p>Os valores de HR-QoL e PGI estavam parcialmente correlacionados. A PGI foi significativamente correlacionada com a QLQ-C30 EORTC ($r=0.39$, $p \leq 0.05$) e similarmente com a SF-12 componente mental ($r=0.44$, $p \leq 0.001$).</p> <p><u>Variáveis psicológicas e HR-QoL</u></p> <p>SF-12: componente física</p> <p>A identidade, a idade e a depressão explicaram 35% da</p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	
--	---	---	--	----------------------------	--

		<p>acerca da necessidade de tratamento e as preocupações relacionadas com os possíveis efeitos secundários e os efeitos perturbadores dos tratamentos.</p> <p><u>HAD-S</u> <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>: estados de ansiedade e depressão.</p> <p><u>LOT-R</u> <i>Life Orientation Test-Revised</i>: otimismo generalizado.</p> <p><u>Brief COPE</u>: <i>coping</i> situacional (estratégias de <i>coping</i> adaptativas e não adaptativas).</p>	<p>variância nos valores da componente física, com a depressão a explicar a maior variância.</p> <p>SF-12: componente mental</p> <p>Os valores da componente mental podem ser significativamente explicados com a depressão, as representações emocionais e uso de substâncias. Este modelo explicou 54% da variância na componente mental da QoL (adj. $r^2=0.54$, $f=31.21$, $df=3.73$, $p\leq 0.005$).</p> <p>Global QoL/ estado de saúde</p> <p>A perceção de doença de longa duração, uma forte identidade, a utilização de suporte instrumental e níveis elevados de autorresponsabilização, foram todos associados com níveis baixos de QoL global ($r^2= 0.48$, $f=18.75$, $df=4.3$, $p\leq 0.005$) e juntos explicam aproximadamente 50% de variância.</p> <p><u>Variáveis psicológicas e PGI</u></p> <p>A ansiedade explicou 16% de variância nos valores de PGI. A associação negativa indica que elevados níveis de ansiedade estavam associados com baixos níveis de QoL. Não houve relação significativa entre personalidade (LOT-R) e nenhuma das medidas de resultado ou fatores sociodemográficos ($p>0.05$).</p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	
--	--	---	---	----------------------------	--

Quadro 8: Síntese dos resultados de E4

PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT TO GYNECOLOGICAL CANCER: PATIENTS' ILLNESS REPRESENTATIONS, COPING STRATEGIES AND MOOD DISTURBANCE (E5)

Gould, Rachel V.; Brown, Stephen L. & Bramwell, Ros

Psychology and Health 25(5) (2010) 633-646 United Kingdom

DESENHO DO ESTUDO	AMOSTRA	MEDIDAS	SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES	ANÁLISE	QUALIDADE DO ESTUDO
Não experimental Correlacional Preditivo Transversal	N= 61 Mulheres com cancro ginecológico recentemente diagnosticado (nos últimos 15 meses)	<u>IPQ-R</u> <i>Illness Perception Questionnaire – Revised</i> : duração aguda/ crónica, duração cíclica, consequências, controlo pessoal e de tratamento e coerência da doença; <u>COPE</u> : estratégias de <i>coping</i> nas subescalas <i>coping</i> ativo, planejar, utilizar suporte	Existem várias correlações entre os resultados das escalas IPQ-R e COPE, o que demonstra que as perceções de duração cíclica , de consequências mais severas, de baixo controlo pessoal e controlo de tratamento e baixa coerência da doença estavam relacionadas com altos resultados (totais) na POMS. As estratégias de <i>coping</i> negação e desinvestimento mediavam os trajetos entre a percepção de duração cíclica e baixa coerência da doença e os altos scores totais de perturbações de humor (POMS). É ainda visível	+ + + + +	Elevada (15)

		<p>social instrumental, utilizar suporte social emocional, <i>coping</i> restritivo, comportamento de desprendimento, reinterpretação positiva e crescimento, aceitação, foco e expressão de sentimentos, negação e desinvestimento comportamental, desinvestimento mental, uso de substâncias e religião.</p> <p><u>POMS-SF</u>: perturbações de humor.</p>	<p>a não significância na relação direta entre duração cíclica (IPQ-R) e a POMS e a relação significativa negativa direta entre a coerência da doença e a POMS.</p> <p>Todas as dimensões das representações da doença, à exceção da duração aguda/crónica, demonstraram relações preditivas com o humor. Scores elevados de utilização de estratégias de <i>coping</i> negação ou desinvestimento mostraram possíveis elos de mediação com elevadas perceções de uma duração cíclica e de baixa coerência da doença e com elevados scores na POMS.</p>	<p>-</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>+</p> <p>+</p>	
--	--	--	--	---	--

Quadro 9: Síntese dos resultados de E5

THE ROLE OF ILLNESS REPRESENTATIONS IN COPING AND HEALTH OF PATIENTS TREATED FOR BREAST CANCER (E6)					
Hetje Rozema, Trijntje Völlink and Lilian Lechner Psycho-Oncology 18 (2009) 849-857 Netherlands					
DESENHO DO ESTUDO	AMOSTRA	MEDIDAS	SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES	A S S O C I A Ç Ã O	QUALIDADE DO ESTUDO
Não experimental Descritivo Transversal	N = 119 Mulheres com diagnóstico de cancro da mama	<u>IPQ-R</u> <i>Illness Perception Questionnaire - Revised</i> : consequências, duração aguda-crónica, duração cíclica, controlo pessoal, controlo de tratamento, representação emocional, identidade e causas; <u>UCL</u> <i>Utrecht Coping Questionnaire</i> : estratégias de coping nas cinco	<u>Representações de doença, coping e resultados saúde</u> As dimensões das representações de doença estavam fracamente relacionadas com as estratégias de coping. Apenas uma maior perceção de duração crónica estava fortemente relacionada com as estratégias de coping de evitamento. Viver o cancro da mama como uma doença com graves consequências emocionais estava relacionado com baixa utilização de estratégias de coping centradas nos problemas. As dimensões das representações de doença foram consideradas fortemente relacionadas com os resultados em termos de saúde. As dimensões identidade, duração	- + + +	Elevada (14)

		<p>subescalas <i>coping</i> focado no problema, evitamento comportamental de <i>coping</i>, procura de suporte social, desabafo de emoções, evitamento cognitivo de <i>coping</i>;</p> <p><u>RAND-36</u>: saúde mental e a saúde física nas oito subescalas funcionamento físico, funcionamento social, limitações de papel devidas a saúde física, limitações de papel devidas a problemas emocionais, saúde mental, vitalidade, dor e saúde em geral.</p>	<p>aguda/crónica, duração cíclica e consequências estavam todas correlacionadas negativamente quer com a saúde física quer com a saúde mental. As dimensões controlo pessoal e controlo de tratamento mostraram uma forte e positiva correlação com a saúde física e mental. A representação emocional demonstrou uma forte e negativa correlação com a saúde física e a saúde mental.</p> <p><u>Estratégias de <i>coping</i></u></p> <p>A dimensão controlo pessoal apresentou uma relação positiva com o <i>coping</i> focado no problema ($\beta=0.36$, $p=0.001$) e a causa psicológica teve uma relação negativa com o <i>coping</i> focado no problema ($\beta=-0.30$, $p=0.006$), explicando significativamente 16.7% da variância ($F(8,118)=2.75$, $p=0.008$). A representação emocional ($\beta=0.23$, $p=0.011$) apenas teve relação significativamente positiva com as estratégias de <i>coping</i> centradas no desabafo de emoções, tendo explicado significativamente 8.4% de variância ($F(1,118)=6.64$, $p=0.01$).</p> <p><u>Saúde física e mental</u></p> <p>As representações de doença justificaram 56% da variância na saúde física com a identidade ($\beta=-0.41$, $p=0.000$) e consequências ($\beta=-0.25$, $p=0.005$) como</p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	
--	--	---	--	--	--

			<p>variáveis explicativas significativas e relações negativas na saúde física percebida. Os resultados mostraram que a representação emocional não tinha relação significativa com a saúde física percebida. Com a inclusão das estratégias de <i>coping</i>, a variância total subiu para os 57%. As variáveis explicativas significativas permaneceram as mesmas, nomeadamente identidade ($\beta=-0.42$, $p=0.000$) e consequências ($\beta=-0.24$, $p=0.009$).</p> <p>A inclusão das representações de doença resultou em 46% de variância significativa na saúde mental com o controle de tratamento ($\beta=0.22$, $p=0.021$) e a representação emocional ($\beta=-0.32$, $p=0.000$) como variáveis explicativas significativas. Os resultados mostraram que a representação emocional se relacionou negativa e significativamente com a saúde mental percebida. O controle de tratamento apresentou uma relação positivamente significativa com a saúde mental percebida. Após a inclusão das estratégias de <i>coping</i>, a variância total subiu para 47%. As variáveis explicativas significativas permaneceram as mesmas, controle de tratamento ($\beta=0.22$, $p=0.029$) e representação emocional ($\beta=-0.29$, $p=0.004$).</p>	-	
				+	
				+	
				+	
				+	
				+	
				+	
				+	

Quadro 10: Síntese dos resultados de E6

THE SELF-REGULATION MODEL OF ILLNESS APPLIED TO SMOKING BEHAVIOR IN LUNG CANCER (E7)

Kristine K. Browning, Mary Ellen Wewers, Amy K. Ferketich, Gregory A. Otterson, Nancy R. Reynolds

Cancer Nursing 32 (4) (2009) E15-E25 USA

DESENHO DO ESTUDO	AMOSTRA	MEDIDAS	PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES	ASSOCIAÇÃO	QUALIDADE DO ESTUDO
Não experimental	N= 52 (fase inicial)	<u>IPQ-R</u> <i>Illness Perception Questionnaire - Revised</i> :	Os componentes identidade , duração aguda/crónica , controle pessoal e controle de tratamento , mudaram	+	Elevada
Descritivo	N= 47 (2-4 semanas)	identidade, duração aguda/crónica, duração cíclica, consequências, controle	significativamente ao longo do tempo, desde a fase inicial até aos 6 meses após o diagnóstico de cancro do pulmão.	+	(15)
Longitudinal	N= 29 (6 meses)	peçoal, controle de tratamento, representação emocional.	A componente identidade aumentou ao longo do tempo.	+	
	Adultos com diagnóstico confirmado de cancro de pulmão (não		Uma forte crença no controle pessoal e de tratamento da doença foi demonstrada pelos doentes na fase inicial de diagnóstico, sendo que ambos os atributos decresceram significativamente ao longo do tempo. Os fumadores apresentaram menor controle pessoal e controle de tratamento aos 6 meses do que os não fumadores.	+	
				+	

	pequenas células e pequenas células) efetuado nos últimos 60 dias e que refiram hábitos tabágicos nos últimos 7 dias		<p>Aumento significativo da crença duração crónica ao longo do tempo. Esta crença foi também mais forte junto dos fumadores.</p> <p>O aumento da tendência da duração cíclica.</p> <p>A crença aumentada e consistente de que o cancro do pulmão produz consequências negativas.</p> <p>Os resultados associados à coerência da doença foram relativamente estáveis ao longo do tempo.</p> <p>A tendência decrescente da representação emocional reflete uma menor resposta emocional.</p>	<p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>-</p> <p>+</p>	
--	--	--	---	--	--

Quadro 11: Síntese dos resultados de E7

COMMON-SENSE BELIEFS ABOUT CANCER AND HEALTH PRACTICES AMONG WOMEN COMPLETING TREATMENT FOR BREAST CANCER (E8)

Erin S. Costanzo, Susan K. Lutgendorf, Susan L. Roeder

Psycho-Oncology 20 (2011) 53-61 USA

DESENHO DO ESTUDO	AMOSTRA	MEDIDAS	PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES	ASSOCIAÇÃO	QUALIDADE DO ESTUDO
<p>Não experimental</p> <p>Descritivo</p> <p>Transversal</p>	<p>N= 79 (3 semanas após o tratamento)</p> <p>N= 71 (3 meses após o tratamento)</p> <p>Mulheres tratadas com QT e/ou RT</p>	<p><u>Práticas de saúde:</u></p> <p>- Alterações comportamentais em vários domínios. Comparação dos comportamentos atuais e os comportamentos prévios ao diagnóstico, de modo a determinar a direção das mudanças.</p> <p>- Práticas de saúde correntes/atuais (relativas às</p>	<p><u>Modelos de senso comum do cancro da mama</u></p> <p>Nas 3 semanas após o tratamento as mulheres acreditaram que tinham controle moderado sobre a sua doença (M=3.48, DP=0.65), perceberam o seu cancro como sendo uma condição mais aguda do que crónica, embora não tenha sido uma crença muito forte (M=2.53, DP=0.57), perceberam o seu cancro como tendo consequências moderadas nas suas vidas (M=3.56, DP=0.61). Não ocorreram alterações significativas nos resultados do IPQ-R desde as 3 semanas até aos 3 meses após o tratamento.</p>		<p>Moderada (12)</p>

	adjuvante para estadios 0-III de cancro da mama	<p>últimas 2 semanas): indicar o nº de cigarros fumados/semana, indicar o nº de bebidas alcoólicas/semana, incluída uma medida de atividade física modificada e uma medida relativa à dieta “rapid food screeners”</p> <p><u>IPQ-R</u> <i>Illness Perception Questionnaire - Revised</i>: duração aguda/crónica, controlo pessoal, consequências, causas (modificada), importância dos vários fatores na prevenção da recorrência do cancro.</p>	<p><u>Crenças de senso comum e mudanças comportamentais</u></p> <p>O controlo pessoal não se encontrava significativamente associado com as mudanças nos 5 comportamentos chave nas 3 semanas após tratamento e nos 3 meses após tratamento. Mulheres com elevada perceção de controlo pessoal eram mais propensas a apresentar diminuição de consumo de gorduras $\chi^2(1)=3.55$, $p=0.060$, $OR=1.39$ e aumento do evitamento do stress $\chi^2=3.18$, $p=0.075$, $OR=1.16$, às 3 semanas após tratamento.</p> <p>As crenças acerca da duração também não se encontravam associadas com nenhuma das 5 mudanças de comportamento.</p> <p>Nenhuma relação significativa concomitante entre as consequências e as mudanças de comportamento às 3 semanas após tratamento. As mulheres que percebiam consequências mais severas do seu cancro às 3 semanas após o tratamento estavam mais propensas a referir aumento da frequência de evitamento de stress aos 3 meses após tratamento, no entanto $\chi^2(1)=4.41$, $p=0.036$, $OR=1.37$. As mulheres estavam também mais propensas a aumentarem o consumo de fruta e de vegetais $\chi^2(1)=3.42$, $p=0.064$, $OR=1.28$. As consequências não previram significativamente mudanças de comportamento</p>	
--	---	--	---	--

			<p>no consumo de gordura, na atividade física e na ingestão de álcool.</p> <p>Mulheres que atribuíam o desenvolvimento do seu cancro à dieta estavam mais propensas a referirem que aumentaram a ingestão de frutas e de vegetais $\chi^2(1)=5.10$, $p=0.024$, $OR=1.90$ e que diminuiram o consumo de gorduras $\chi^2(1)=5.84$, $p=0.016$, $OR=10.10$, às 3 semanas após o tratamento. No entanto, esta atribuição não previu mudanças adicionais na dieta aos 3 meses após o tratamento. As mulheres que atribuíam o cancro à falta de exercício físico não estavam mais propensas a apresentar aumento da atividade física às 3 semanas após o tratamento, mas estavam mais propensas a aumentar a atividade física aos 3 meses após o tratamento $\chi^2(1)=3.90$, $p=0.048$, $OR=1.73$. As mulheres que atribuíam o seu cancro ao stress e preocupações mostraram uma tendência para aumentar a frequência com que evitam situações stressantes às 3 semanas após tratamento $\chi^2(1)=3.12$, $p=0.077$, $OR=1.50$, e 3 meses após tratamento $\chi^2(1)=3.12$, $p=0.077$, $OR=1.75$. Não ocorreram relações significativas entre a atribuição do cancro à ingestão de álcool e à diminuição do seu consumo.</p>	
--	--	--	--	--

Quadro 12: Síntese dos resultados de E8

A doença oncológica constitui uma experiência lesiva para o bem-estar e qualidade de vida, produzindo uma série de ameaças para o doente e familiares, pelo que a avaliação da qualidade de vida (vertente emocional/ mental e física) constituiu um resultado/ variável frequentemente avaliado, associado às componentes da representação de doença.

A autorregulação funciona como um modelo de processamento de informação em resposta a alterações ou ameaças ao estado de saúde, sendo os doentes responsáveis pela construção das suas representações de doença. Por outro lado, estas representações geram objetivos para a autogestão da doença e orientam os procedimentos para a ação e para a avaliação dessa mesma ação, no sentido de restabelecer o equilíbrio do seu estado de saúde. Neste sentido, as representações de doença são organizadas de acordo com as experiências de cada um, constituindo a base para a adoção de estratégias de *coping*, com vista a lidar com as ameaças à saúde. Daí que, a determinação das estratégias de *coping* utilizadas e a sua eficácia tenha sido um dos principais processos medidos nos estudos incluídos na presente análise.

Em suma, as crenças individuais que os doentes oncológicos desenvolvem acerca da sua doença afetam a autogestão. De seguida, apresentamos a discussão dos resultados para cada uma das componentes do modelo de autorregulação.

Apesar dos estudos serem muito heterogéneos, o impacto da doença oncológica e a forma como é vivenciada pelos doentes parece ser muito semelhante, o que nos permite constatar a transversalidade do modelo de Leventhal.

2.1. Identidade

Uma forte identidade foi associada com uma menor qualidade de vida (Llewellyn, 2007) e com implicações negativas na saúde física (Llewellyn, 2007; Rozema, 2009). Por outro lado, embora o medo de recorrência da doença esteja associado à persistência dos sintomas não foram encontradas relações entre este e a identidade (Llewellyn, 2008), o que talvez se justifique com o facto de que os doentes com sintomatologia corrente tenham sido retirados do estudo por efetivamente apresentarem recidiva da doença. Nos referidos estudos não existe informação relativa aos sintomas mais frequentemente referenciados pelos doentes oncológicos.

Estes factos são consistentes com a experiência da doença, nomeadamente o carácter lento e silencioso inicial, de limites mal definidos e sintomatologia pouco específica, muitas vezes associada apenas aos tratamentos e, portanto, visualizados como secundários e não espelhando a identidade da doença em si. A forma como o doente oncológico identifica os seus próprios sintomas tem um carácter idiossincrático,

determinando de forma significativa o seu comportamento, quer no que refere à alteração de comportamentos ou à sua manutenção. Inicialmente os doentes parecem apresentar uma fraca identidade da doença, associando-lhe poucos sintomas específicos, no entanto, essa identidade parece aumentar à medida que a doença evolui.

2.2. Duração aguda/ crónica e cíclica

No que é respeitante à perceção temporal da doença, esta é inicialmente representada como aguda, alterando-se essa perceção com o decurso da doença, para representações intermédias e depois crónicas, mesmo nas situações que o doente sabe serem incuráveis (Browning, 2009; Costanzo, 2011).

A perceção de duração aguda/ crónica demonstrou associações com a qualidade de vida e com o otimismo, ou seja, os doentes que acreditavam que a sua doença não iria durar muito tempo apresentavam melhor qualidade de vida e eram mais otimistas (Llewellyn, 2007), não tendo previsto perturbações no humor (Gould, 2010). A maior tendência para ver a doença como aguda não revelou associação com as alterações comportamentais (Costanzo, 2011). As perceções de duração cíclica foram associadas com maiores perturbações de humor (Gould, 2010).

Ambas as perceções de duração estavam forte e negativamente relacionadas com os resultados em termos de saúde, nomeadamente, com a saúde física e mental (Rozema, 2009), e pouco ou nada relacionadas com a utilização de estratégias de *coping* (Gould, 2010; Rozema, 2009).

2.3. Consequências

Menos crenças negativas sobre as consequências da doença oncológica associaram-se a um maior bem-estar emocional (Traeger, 2009). A perceção de maiores consequências negativas foram associadas com estados de ansiedade e de depressão (Thuné-Boyle, 2006), medo de recorrência da doença (Llewellyn, 2008), perturbações do humor (Gould, 2010), menor saúde física e mental (Rozema, 2009) e pior prognóstico da doença (Browning, 2009), estando os doentes mais propensos a procurar estratégias de *coping* (Llewellyn, 2007; Gould, 2010). As consequências não se associaram significativamente com alterações comportamentais (Costanzo, 2011).

Os doentes parecem perceber a doença oncológica com graves consequências para a sua vida, estando estas associadas a um pior funcionamento geral e social.

2.4. Controlo pessoal e de tratamento

Ao contrário do que seria de esperar, o controlo pessoal não se associou ao bem-estar emocional, numa fase posterior aos tratamentos (Traeger, 2009). O controlo pessoal associou-se de forma pouco significativa a mudanças comportamentais, nomeadamente à diminuição do consumo de gorduras e ao evitamento de situações stressantes (Costanzo, 2011). Um maior controlo pessoal da doença associou-se ao otimismo e à utilização de estratégias de *coping* (Llewellyn, 2007). O sentimento de controlo parece ajudar a reduzir sensações de vulnerabilidade aos efeitos maléficos da doença e sua recorrência, pelo que se associam a estratégias de *coping* mais construtivas.

As crenças na cura não se associaram com estados de ansiedade e de depressão (Thuné-Boyle, 2006) nem com o medo de recorrência da doença (Llewellyn, 2008). Fracas crenças na cura associaram-se com maiores perturbações de humor (Gould, 2010), enquanto fortes crenças na cura associaram-se com maior saúde física e mental percebida (Rozema, 2009). No caso de mau prognóstico da doença, como por exemplo na patologia do pulmão, foi notório o decréscimo verificado na crença de controlo da doença desde o diagnóstico até 6 meses após o mesmo (Browning, 2009). Neste período de incerteza, a perda da sensação de controlo pode ser uma experiência extremamente debilitante, pelo que restabelecer a crença, mesmo que ilusória, de que existe algum controlo sobre a situação pode ser benéfico. Reunir informações sobre a doença ou realizar ações diretas sobre ela, pode também ajudar a melhorar essa sensação de controlo.

As crenças sobre o tratamento são consistentes com os modelos de doença e influenciam a autogestão da doença. Estas perceções individuais são baseadas na experiência diária com a doença, onde os sintomas são a principal fonte de informação para a construção dos seus próprios modelos.

2.5. Coerência

Uma maior coerência da doença foi associada com um maior bem-estar emocional (Traeger, 2009), enquanto que uma menor coerência foi associada com maiores perturbações de humor e com maior procura de estratégias de *coping* (Gould, 2010). Não se verificou nenhuma associação entre a coerência e o medo de recorrência da doença (Llewellyn, 2008).

Os indivíduos diagnosticados com cancro parecem compreender a doença e as suas implicações, mas esta compreensão habitualmente aumenta com a vivência da

doença. A literatura defende que quanto menos os doentes compreendem a doença, no momento do diagnóstico, maior será a degradação física, cognitiva e emocional percebida pelos mesmos em fases mais avançadas da doença.

2.6. Representação emocional

Piores representações emocionais foram relacionadas com o medo de recorrência da doença (Llewellyn, 2008), a baixa qualidade de vida na componente mental (Llewellyn, 2007) e pior saúde física e mental (Rozema, 2009). A vivência com a doença parece favorecer a representação emocional, adaptando-se progressivamente às suas implicações (Browning, 2009).

Representações emocionais mais negativas associam-se com a procura de estratégias de *coping* (Llewellyn, 2007; Rozema, 2009), portanto, quanto mais forte a representação emocional da doença, mais provavelmente o doente irá procurar soluções benéficas para a sua situação.

2.7. Causas

Esta subescala é muitas vezes ocultada nos estudos da nossa revisão, dada a sua vasta extensão que, acrescentada a outros instrumentos, torna o questionário demasiado exaustivo para os participantes.

A definição clara sobre os fatores etiológicos da doença nem sempre é possível, e a sua definição é bem mais complexa no cancro, quando comparada com outras patologias em que são mais facilmente identificáveis (Petrie & Weinman, 1997).

As atribuições do stresse como causa de cancro parecem generalizar-se a uma grande variedade de condições, parecendo prever o bem-estar emocional (Traeger, 2009) e relacionar-se negativamente com a saúde física percebida (Rozema, 2009).

A tendência para um aumento das atribuições causais da doença oncológica à história familiar ou a fatores considerados hereditários, promove o fatalismo sobre a saúde, diminuindo as iniciativas para adotar comportamentos saudáveis. Por outro lado, este tipo de atribuição causal pode influenciar a percepção individual de risco, que também se relaciona com o modelo de senso comum que os indivíduos têm sobre a doença.

2.8. Implicações para a prática

No que é respeitante ao objetivo de identificar as implicações que as representações de doença assumem na autogestão da doença oncológica, consideramos

que estas representam alvos importantes para a criação de novas intervenções que possam levar a uma rápida recuperação, restabelecimento do bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos doentes oncológicos. Para tal, é importante desenvolver, planejar e implementar intervenções de enfermagem focadas no desenvolvimento de crenças mais adequadas e adaptadas à doença e tratamento, de forma a produzir resultados comportamentais positivos, destacando-se:

- O fomento de utilização de estratégias adaptativas de *coping*;
- A promoção de um contexto estruturado e de apoio, no sentido de fornecer informação que normalize as experiências dos doentes;
- A introdução de estratégias que permitam reduzir a ansiedade e a depressão, tendo em conta as cognições da doença e, particularmente, as consequências;
- A promoção de uma parceria entre doente-enfermeiro, através de uma melhor compreensão do ponto de vista dos doentes;
- A educação relativa a práticas de saúde positivas e a hábitos comportamentais saudáveis.

2.9. Implicações para a investigação

Com o intuito de compreender melhor a relevância das representações de doença pensamos que será pertinente investigar:

- As representações de doença em estudos longitudinais, ou seja, em diferentes momentos da doença (antes, durante e após tratamentos) e com amostras maiores;
- As diferenças socioculturais e a influência destas nas diferenças referentes aos níveis de qualidade de vida;
- Cada tipo de cancro separadamente, tendo em conta o estadio da doença e o prognóstico;
- Os fatores individuais relacionados com a personalidade e o otimismo, já que já se percebeu que estes têm uma relação importante com os resultados (qualidade de vida, depressão, sintomas físicos);
- A influência das representações de doença nos comportamentos de saúde, bem como a sua manutenção (ou não) ao longo do tempo.

Outro aspeto de elevada pertinência passa pela criação de instrumentos de avaliação de estratégias de *coping* e de qualidade de vida mais específicos, tendo em conta as especificidades das patologias, bem como a individualidade de cada doente.

2.10. Limitações do estudo

Este estudo foi efetuado a nível académico, como tal uma das limitações foi a questão temporal devido aos prazos estabelecidos. Outra das limitações foi a escassez e heterogeneidade dos estudos primários sobre esta temática, uma área fulcral de investigação para a enfermagem no futuro.

É de salientar a pouca experiência na realização de revisões sistemáticas, o que dificultou a progressão do trabalho de forma mais contundente e rápida, designadamente dificuldades no preenchimento do instrumento de avaliação de qualidade metodológica, por ser demasiado extenso, bem como na elaboração das equações eletrónicas e na definição dos descritores mais válidos.

CONCLUSÃO

3. CONCLUSÃO

O cancro compreende quadros clínicos multifacetados que, por vezes, dificultam o cumprimento integral do plano de tratamento e apresentam múltiplas consequências danosas para o doente, familiares, comunidade e sistemas de saúde. Neste sentido, é crucial a inclusão de uma abordagem multifatorial da saúde e da doença que enfatize a interação dos fatores biológicos, psicológicos e sociais e a sua influência na forma como a pessoa adoece e como recupera de um episódio de doença. Os resultados da presente revisão permitem-nos reconhecer que o modelo de autorregulação do comportamento em saúde descrito por Leventhal et al. (1997), compreendendo esta abordagem multifatorial, pode assumir um papel fulcral na gestão da doença oncológica com importantes consequências para a saúde.

Neste sentido, os profissionais de saúde, mais concretamente os enfermeiros, devem assumir um papel importante no desempenhar de intervenções orientadas no sentido de acompanhar e apoiar o doente oncológico nesta vivência stressante, com o principal objetivo de adequar a sua atitude perante a doença, tendo em conta as representações e a forma como é gerida pelo doente. Devem, então, incentivar e ajudar o doente a reavaliar a situação vivenciada, alterando as expectativas e convicções negativas sobre o seu curso. O sentimento de controlo pessoal e crença no tratamento deve ser desenvolvido ou intensificado, e as atribuições causais erróneas desmistificadas, estimulando a procura de outras causas mais passíveis de controlo. As atividades externas e a procura de suporte social devem também ser incentivadas. Assim, uma intervenção adequada deverá transformar as ameaças em desafios, minimizando os eventos danosos do processo de doença oncológica.

Em suma, através desta RSL podemos constatar que as representações da doença oncológica parecem influenciar a sua autogestão, principalmente através das implicações percebidas nas variáveis de processo – estratégias de *coping*, e nas variáveis de resultado – qualidade de vida, respondendo, assim, à nossa questão de investigação inicial. Constatamos, deste modo, que a forma como o doente oncológico interpreta e lida (estratégias de *coping*) com a sua doença influencia os resultados em saúde, nomeadamente a sua qualidade de vida. No entanto, os estudos primários analisados apenas avaliam as representações da doença até ao máximo de três meses após os tratamentos, ficando por esclarecer o que acontece após esse período na gestão a longo prazo da doença oncológica, enquanto doença crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aziz, N. (2007). Cancer survivorship research: state of knowledge, challenges and opportunities. *Acta Oncologica*, 46 (4), 417-432. doi: 10.1080/02841860701367878
- Banningan, K.; Droogan, J.; Entwistle, V. (1997). Systematic reviews: what do they involve? *Nurs Times* 93 (18) April, 52-53.
- Bettany-Saltikov, J. (2012). *How to do a Systematic Literature Review in Nursing. A step-by-step guide*. England: Mc Graw Hill.
- Bower, M.; Waxman, J. (2008). *Compêndio de Oncologia*: Instituto Piaget Editora.
- Broadbent, E.; Petrie, K. J.; Main, J.; Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Caldwell, K.; Henshaw, L.; Taylor, G. (2005). Developing a framework for critiquing health research. *Journal of Health , Social and Environmental Issues*, 6 (1), 45-54.
- Caldwell, K.; Henshaw, L.; Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse Education Today*, 31 (8), E1-E7.
- Doyle, N. (2008). Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (4), 459-509.
- Evans, D. (2001). Systematic reviews of nursing research. *Intensive and Critical Care Nurs*, 17 (1) February, 51-57.
- Galvão, C.; Sawada, N.; Trevizan, M. (2004). Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (3) maio-junho, 549-556.
- Higgins, J. P. T.; Green, S. (editors). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Retrieved from www.cochrane-handbook.org
- Lahlafi, A. (2007). Conducting a literature review: How to carry out bibliographical database searches. *British Journal of Cardiac Nursing*, 2 (12), 566-569.
- Lau, R. R.; Bernard, T. M.; Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8 (2), 195-210.
- Law, M.; et al. (1998). Critical Review Form - Quantitative Studies. from <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview.pdf>
- Leventhal, H.; Brissete, I.; Leventhal, E. (2003). *The common-sense model of self regulation of health and illness*. London: Routledge.
- Lorig K. R., Holman H. . (2003). Self-management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. *Ann Behav Med*, 26 (1), 1-7.

- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (5th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Moss-Morris, R.; Weinman, J. A.; Horne, R.; Cameron, L. D.; Buick, D. . (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire IPQ-R. *Psychology and Health*, 17 (1), 1-16.
- Nolte, E.; McKee, Martin. (2008). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. New York: Mc Graw Hill.
- Paredes, T.; et al. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 73-87.
- Petrie, K. J.; Weinman, J. A. (2006). Why illness perceptions matter? *Clinic Medical*, 6, 536-539.
- Petrie, Keith J.; Weinman, J. A. (1997). *Perceptions of health and illness*. Amsterdam: harwood academic publishers.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Pinto, C. & Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (1), 37-56.
- Ruland, Cornelia M., Andersen, Trine, Jeneson, Annette, Moore, Shirley, Grimsbø, Gro H., Børøsd, Elin, & Ellison, Misoo C. (2013). Effects of an internet support system to assist cancer patients in reducing symptom distress: a randomized controlled trial. *Cancer Nursing*, 36(1), 6-17. doi: 10.1097/NCC.0b013e31824d90d4
- Sampaio, R. F.; Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11 (1), jan-fev, 83-89.
- Santos, C.; Pais-Ribeiro, J.; C. Lopes. (2003). Adaptação e validação do Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) em doentes oncológicos. *Arquivos de Medicina*, 14 (4), 136-147.
- Santos, C.; Pimenta, C.; Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, maio-junho 15 (3).
- Timmins, F.; McCabe, C. (2005). How to conduct an effective literature search. 20 (11), 41-47.

- Weinman, J. A.; Petrie, K. J.; Moss-Morris, R.; Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-435.
- WHO. (2008a). Chronic diseases. from http://www.who.int/topics/chronic_disease/
- WHO. (2008b). GLOBOCAN. Retrieved 24 de Agosto de 2013, from <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp#KEY>
- WHO. (2013). Cancer. Retrieved 24 de Agosto de 2013, from <http://www.who.int/cancer/en>

ANEXOS

ANEXO 1

Processo de seleção dos estudos (1ª fase)

Nº	ARTIGO	TÍTULO	RESUMO	T.INTEGRAL	MOTIVO DE EXCLUSÃO
1	Wu, L. M., et al. (2013). "Patient and spouse illness beliefs and quality of life in prostate cancer patients."			E	Exposição
2	Lourens, M. (2013). "An Exploration of Xhosa Speaking Patients' Understanding of Cancer Treatment and Its Influence on Their Treatment Experience."		I		Exposição
3	Chojnacka-Szawłowska, G., et al. (2013). "Delays in seeking cancer diagnosis in relation to beliefs about the curability of cancer in patients with different disease locations."		E		Participantes
4	Alves Naressi, D., et al. (2013). "Beliefs and resilience in patients who are survivors of leukemia."		E		Exposição
5	Tramm, R., et al. (2012). "Using the Precede-Proceed Model of Health Program Planning in breast cancer nursing research."		E		Exposição
6	Teruel, B. M. (2012). "Banishing Biases to Save Lives: Introducing Genetic Testing for Familial Cancers."		E		Participantes
7	Ramey, S. J. and S. H. Chin (2012). "Disparity in Hospice Utilization by African American Patients With Cancer."		E		Exposição
8	Ngugi, C. W., et al. (2012). "Factors affecting uptake of cervical cancer early detection measures among women in Thika, Kenya."		E		Participantes
9	Mays, D., et al. (2012). "Patterns and correlates of multiple risk factors for adult-onset cancer among adolescents."	E			Participantes

10	Lobchuk, M. M., et al. (2012). "A comparison of patient and family caregiver prospective control over lung cancer."	I	
11	Lim, J.-w., et al. (2012). "Cultural Health Beliefs and Health Behaviors in Asian American Breast Cancer Survivors: A Mixed-Methods Approach."	I	
12	Landers, M., et al. (2012). "Bowel symptom experiences and management following sphincter saving surgery for rectal cancer: A qualitative perspective."	I	
13	Kowalkowski, M. A., et al. (2012). "Cancer perceptions: implications from the 2007 Health Information National Trends Survey."	E	Tipo de estudo
14	Kennedy, F., et al. (2012). "The shifting nature of women's experiences and perceptions of ductal carcinoma in situ."	E	Exposição
15	George, M. (2012). "Health beliefs, treatment preferences and complementary and alternative medicine for asthma, smoking and lung cancer self-management in diverse Black communities."	I	
16	Fontenot, H. B. and N. Morelock (2012). "HPV in Men is a Women's Health Issue."	E	Participantes
17	Farooqui, M., et al. (2012). "Complementary and Alternative Medicine (CAM) use by Malaysian oncology patients."	E	Exposição
18	D and S. C. Thompson (2012). "Indigenous beliefs about biomedical and bush medicine treatment efficacy for indigenous	I	

	cancer patients: a review of the literature."		
19	Citrin, D. L., et al. (2012). "Beliefs and Perceptions of Women with Newly Diagnosed Breast Cancer Who Refused Conventional Treatment in Favor of Alternative Therapies."	I	
20	Chaiyaratana, C., et al. (2012). "Adolescent Cancer Survivors' and their Mothers' Perceptions of Vulnerabilities, Health Status, Treatment Effects, and Roles and Health-related Behaviors."	E	Participantes
21	Ceballos, K. (2012). "Latinos & cancer: a focus on awareness and prevention."	E	Outcome
22	Cassileth, B. R. (2012). "Alternative Therapies: Learning from Patients Who Choose Them."	E	Tipo de estudo
23	Çapık, C. and S. Gözümlü (2012). "The effect of web-assisted education and reminders on health belief, level of knowledge and early diagnosis behaviors regarding prostate cancer screening."	E	Outcome
24	Basch, C. H., et al. (2012). "Improving understanding about tanning behaviors in college students: A pilot study."	E	Participantes
25	Banning, M. (2012). "Adherence to adjuvant therapy in post-menopausal breast cancer patients: A review."	I	
26	Avci, Ş., et al. (2012). "Cancer Knowledge, Awareness, and Beliefs in Older Adults."	E	Outcome
27	Apantaku-Onayemi, F., et al. (2012). "Driving to Better Health: Cancer and Cardiovascular Risk Assessment among Taxi Cab	E	Participantes

	Operators in Chicago."		
28	(2012). "The rehabilitation and exercise experience of women survivors of breast cancer: a qualitative study."	E	Tipo de estudo
29	Wulff, C. N., et al. (2011). "[People's cancer awareness and beliefs]."	E	Língua
30	Ulrich, A., et al. (2011). "Patients' views of CAM as spiritual practice."	E	Exposição
31	Sivell, S., et al. (2011). "Understanding surgery choices for breast cancer: How might the theory of planned behaviour and the common sense model contribute to decision support interventions?"	I	
32	Michel, G., et al. (2011). "Can health beliefs help in explaining attendance to follow-up care? The Swiss Childhood Cancer Survivor Study."	E	Participantes
33	McQueen, A., et al. (2011). "Understanding Narrative Effects: The Impact of Breast Cancer Survivor Stories on Message Processing, Attitudes, and Beliefs Among African American Women."	E	Participantes
34	Kwok, C. and K. White (2011). "Cultural and linguistic isolation: The breast cancer experience of Chinese-Australian women - A qualitative study."	I	
35	Kondryn, H. J., et al. (2011). "Treatment non-adherence in teenage and young adult patients with cancer."	E	Participantes

36	Kiviniemi, M. T., et al. (2011). "Individual-level factors in colorectal cancer screening: A review of the literature on the relation of individual-level health behavior constructs and screening behavior."	E	Outcome
37	James, A. S., et al. (2011). "Knowledge and Attitudes About Colon Cancer Screening Among African Americans."	E	Outcome
38	DeRosa, B. W., et al. (2011). "Development and validation of the health competence beliefs inventory in young adults with and without a history of childhood cancer."	E	Participantes
39	Costanzo, E. S., et al. (2011). "Common-sense beliefs about cancer and health practices among women completing treatment for breast cancer."	I	
40	Chu, N. (2011). "Health needs of Vietnamese American elder."	E	Outcome
41	Castillo, A., et al. (2011). "Illness Beliefs About Cancer Among Healthy Adults Who have and have not Lived with Cancer Patients."	E	Participantes
42	(2011). "News in brief."	E	Tipo de estudo
43	Tanner-Smith, E. E. and T. N. Brown (2010). "Evaluating the Health Belief Model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening."	E	Participantes
44	Smith, T., et al. (2010). "Theory-based evaluation of an online cancer fatigue class."	I	
45	Schroepfer, T. A., et al. (2010). "Seeking to bridge two cultures:	E	Participantes

	the Wisconsin Hmong cancer experience."			
46	Schernhammer, E., et al. (2010). "A study of trends in beliefs and attitudes toward cancer."	E	Outcome	
47	Sanderson, P. R., et al. (2010). "Breast cancer education for Navajo women: a pilot study evaluating a culturally relevant video."	E	Exposição	
48	Rosenzweig, M., et al. (2010). "The sensory and coping intervention for women newly diagnosed with metastatic breast cancer."	E	Exposição	
49	Offerman, M. P. J., et al. (2010). "Goal processes & self-efficacy related to psychological distress in head & neck cancer patients and their partners."	I		
50	Murph, P. (2010). "Psychosocial aspects of cancer care: what does it mean for our patients and families?"	E	Exposição; estudo	Tipo de
51	Mosavel, M., et al. (2010). "Cancer Perceptions of South African Mothers and Daughters: Implications for Health Promotion Programs."	E	Participantes	
52	Marcus, P. M., et al. (2010). "The impact of a primetime cancer storyline: from individual knowledge and behavioral intentions to policy-level changes."	E	Exposição	
53	Kazak, A. E., et al. (2010). "Psychological outcomes and health beliefs in adolescent and young adult survivors of childhood cancer and controls."	E	Participantes	

54	Jean-Pierre, P., et al. (2010). "Race/ethnicity-based concerns over understanding cancer diagnosis and treatment plan."	I	
55	Im, E., et al. (2010). "Shielded from the real world: perspectives on Internet cancer support groups by Asian Americans."	E	Exposição
56	Gould, R. V., et al. (2010). "Psychological adjustment to gynaecological cancer: patients' illness representations, coping strategies and mood disturbance."	I	
57	Goris, S., et al. (2010). "Illness perceptions of cancer patients... 7th EONS Spring Convention in partnership with V&VN, 15-16 April 2010, The Hague, The Netherlands."	E	Tipo de estudo
58	Giannousi, Z., et al. (2010). "Illness perceptions in Greek patients with cancer: a validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire."	E	Outcome
59	Fernandez-Ortega, P., et al. (2010). "Beliefs, opinions and knowledge about pain in 3 cancer services in Catalonia, Spain... 7th EONS Spring Convention in partnership with V&VN, 15-16 April 2010, The Hague, The Netherlands."	E	Tipo de estudo
60	Cho, H., et al. (2010). "Tanning, skin cancer risk, and prevention: A content analysis of eight popular magazines that target female readers, 1997-2006."	E	Outcome
61	Cameron, M., et al. (2010). "The role of overweight and obesity in perceived risk factors for cancer: implications for education."	E	Outcome
62	Wilkinson, A. V., et al. (2009). "Sociodemographic	E	Participantes

	characteristics, health beliefs, and the accuracy of cancer knowledge."		
63	Traeger, L., et al. (2009). "Illness perceptions and emotional well-being in men treated for localized prostate cancer."	I	
64	Tornatta, J. M., et al. (2009). "Representations of vaginal symptoms in cervical cancer survivors."	I	
65	Salz, T., et al. (2009). "Association of health beliefs and colonoscopy use among survivors of colorectal cancer."	I	
66	Rozema, H., et al. (2009). "The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer."	I	
67	Royer, H. R., et al. (2009). "Older breast cancer survivors' symptom beliefs."	I	
68	Rini, C., et al. (2009). "Cognitive and emotional factors predicting decisional conflict among high-risk breast cancer survivors who receive uninformative BRCA1/2 results."	E	Participantes
69	Porter, M. C. and M. A. Diefenbach (2009). "Pushed and pulled: the role of affect and cognition in shaping CAM attitudes and behavior among men treated for prostate cancer."	I	
70	Lui, C., et al. (2009). "Ethnic experience of cancer: a qualitative study of Chinese-Australians in Brisbane, Queensland."	E	Participantes
71	Lim, J.-w., et al. (2009). "Understanding the cultural health belief model influencing health behaviors and health-related quality of life between Latina and Asian-American breast cancer	I	

	survivors."		
72	Khoo, S. B. (2009). "Impact of cancer on psychosexuality: cultural perspectives of Asian women."	E	Exposição
73	Kass, N. E., et al. (2009). "An intervention to improve cancer patients' understanding of early-phase clinical trials."	E	Exposição
74	Karlou, C. and P. Rammou (2009). "Cultural influences on prevention for cancer of the urogenital and peptic systems [Greek]."	E	Outcome
75	Kaphingst, K. A., et al. (2009). "Beliefs about heritability of cancer and health information seeking and preventive behaviors."	E	Outcome
76	Guadagnolo, B. A., et al. (2009). "Assessing cancer stage and screening disparities among Native American cancer patients."	E	Outcome
77	Gratus, C., et al. (2009). "The use of herbal medicines by people with cancer: a qualitative study."	I	
78	Giger, J. N. (2009). "Understanding the importance of biospecimen collection to treat and diagnose cancer among African-Americans."	E	Exposição
79	Forman, E. J., et al. (2009). "Pilot survey of oncologists regarding treatment-related infertility and fertility preservation in female cancer patients."	E	Exposição
80	Cafri, G., et al. (2009). "Investigating the role of appearance-based factors in predicting sunbathing and tanning salon use."	E	Outcome

81	Browning, K. K., et al. (2009). "The Self-regulation Model of Illness applied to smoking behavior in lung cancer."	I	
82	Baron-Epel, O. and A. Klin (2009). "Cancer as perceived by a middle-aged Jewish urban population in Israel."	E	Participantes
83	Valeberg, B. T., et al. (2008). "Prevalence rates for and predictors of self-reported adherence of oncology outpatients with analgesic medications."	I	
84	Phipps, E., et al. (2008). "The importance of patient participation in second-line chemotherapy decisions: perspectives of African-American patients."	I	
85	Nagy, M. C. and J. S. Hallam (2008). "Viewpoint... Mark Dignan."	E	Tipo de estudo
86	Moore, S. and Y. Stoker (2008). "Promoting patient adherence to oral cancer treatment."	E	Tipo de estudo
87	Lykins, E. L. B., et al. (2008). "Beliefs about cancer causation and prevention as a function of personal and family history of cancer: a national, population-based study."	E	Outcome
88	Llewellyn, C. D., et al. (2008). "Can we predict which head and neck cancer survivors develop fears of recurrence?"	I	
89	Kidd, L., et al. (2008). "Experiences of self-care in patients with colorectal cancer: a longitudinal study."		I
90	Humphris, G. and G. Ozakinci (2008). "The AFTER intervention: a structured psychological approach to reduce	I	

	fears of recurrence in patients with head and neck cancer."		
91	Howell, D. A., et al. (2008). "Help-seeking behaviour in patients with lymphoma."	E	Outcome
92	Fallowfield, L. (2008). "There's many a slip twixt cup and lip: adherence issues in cancer therapy."	E	Exposição
93	Emberton, M. and M. Marberger (2008). "Understanding patient and physician perceptions of benign prostatic hyperplasia in Europe: The Prostate Research on Behaviour and Education (PROBE) Survey."	E	Participantes
94	Costanza, M. E. (2008). "Why don't people adopt recommended health behaviors?"	E	Outcome
95	Cohn, W. F., et al. (2008). "Perceptions of cancer risk, risk management and family issues: views of women at risk for hereditary breast cancer."	E	Participantes
96	Cardella, J., et al. (2008). "Compliance, attitudes and barriers to post-operative colorectal cancer follow-up."	I	
97	Cameron, L. D. (2008). "Illness risk representations and motivations to engage in protective behavior: The case of skin cancer risk."	E	Participantes; Outcome
98	Bayer, T. L. (2008). The effect of a health information intervention on perceptions regarding colorectal cancer.	E	Participantes
99	(2008). "The 'fighting spirit' cancer myth debunked by Australian researchers."	E	Tipo de estudo

100	Turrisi, R., et al. (2007). "Mediating variables in a parent based intervention to reduce skin cancer risk in children."	E	Participantes; Outcome
101	Tien, C., et al. (2007). "The effects of patients education on oral care cognition, health belief and self-efficacy in head and neck cancer patients [Chinese]."	E	Exposição; Língua
102	Thibodeaux, A. G. and J. A. Deatrck (2007). "Cultural influence on family management of children with cancer."	E	Participantes
103	Rose, T. A. (2007). "The special needs of adult trans-cultural cancer patients."	E	Outcome
104	Moore, S. (2007). "Facilitating oral chemotherapy treatment and compliance through patient/family-focused education."	I	
105	Mayer, D. K., et al. (2007). "Screening practices in cancer survivors."	I	
106	Mayer, D. K., et al. (2007). "Health behaviors in cancer survivors."	E	Exposição
107	Mayer, D., et al. (2007). "Cancer survivors' health behaviors."	E	Tipo de estudo
108	Lundberg, P. C. and O. Rattanasuwan (2007). "Experiences of fatigue and self-management of Thai Buddhist cancer patients undergoing radiation therapy."	I	
109	Llewellyn, C. D., et al. (2007). "The relationship between the Patient Generated Index (PGI) and measures of HR-QoL following diagnosis with head and neck cancer: Are illness and treatment perceptions determinants of judgment-based	I	

	outcomes?"		
110	Kwok, C. and G. Sullivan (2007). "The concepts of health and preventive health practices of Chinese Australian women in relation to cancer screening."	E	Participantes; Outcome
111	Kirkcaldy, B. D., et al. (2007). "A comparison of general and illness-related locus of control in Russians, ethnic German migrants and Germans."	E	Participantes
112	James, I., et al. (2007). "A family's beliefs about cancer, dying, and death in the end of life."	E	Participantes
113	Godoy-Izquierdo, D., et al. (2007). "Contents of lay illness models dimensions for physical and mental diseases and implications for health professionals."	E	Participantes
114	Frick, E., et al. (2007). "Patients' health beliefs and coping prior to autologous peripheral stem cell transplantation."	I	
115	Elkan, R., et al. (2007). "The reported views and experiences of cancer service users from minority ethnic groups: a critical review of the literature."	E	Exposição
116	Chan, N. L.-S. (2007). Culture and cancer prevention among a population of Vietnamese Americans.	E	Outcome
117	Bober, S. (2007). "Letter to our readers."	E	Tipo de estudo
118	Walter, F. M. and J. Emery (2006). "Perceptions of family history across common diseases: a qualitative study in primary care."	E	Participantes

119	Thuné-Boyle, I. C. V., et al. (2006). "The role of illness beliefs, treatment beliefs, and perceived severity of symptoms in explaining distress in cancer patients during chemotherapy treatment."	I	
120	Thomson, D. (2006). "Complementary, alternative, proven, unproven."	E	Tipo de estudo
121	Stolley, M. R., et al. (2006). "Health behaviors and breast cancer: experiences of urban African American women."	I	
122	Stein, K. D., et al. (2006). "Prevalence and sociodemographic determinants of cancer risk factor perceptions... American Psychosocial Oncology Society (APOS) Third Annual Conference, Amelia Island, Florida, 16th-19th February 2006."	E	Tipo de estudo
123	Schiffner, T. and L. P. Buki (2006). "Latina college students' sexual health beliefs about human papillomavirus infection."	E	Participantes
124	Scanlon, K., et al. (2006). "Potential barriers to prevention of cancers and to early cancer detection among Irish people living in Britain: a qualitative study."	E	Outcome
125	Rimes, K. A., et al. (2006). "Applying a cognitive-behavioral model of health anxiety in a cancer genetics service."	E	Exposição
126	Pinzon-Perez, H. (2006). "Health issues for the Hmong population in the U.S.: implications for health educators."	E	Exposição
127	Peacey, V., et al. (2006). "Ten-year changes in sun protection behaviors and beliefs of young adults in 13 European countries."	E	Outcome

	Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory 43(6): 460-465.		
128	McGrath, P., et al. (2006). Insights on Aboriginal peoples' views of cancer in Australia."	E	Participantes
129	Marion, M. S. and L. R. Schover (2006). "Behavioral science and the task of resolving health disparities in cancer... Intercultural Cancer Council's Ninth Biennial Symposium on Minorities, the Medically Underserved, and Cancer, Washington, DC, March 24, 2004."	E	Tipo de estudo
130	Loescher, L. J., et al. (2006). "Thorough skin self-examination in patients with melanoma."	E	Outcome
131	Ko, C. M. (2006). Health beliefs and cancer prevention practices of Filipino American women.	E	Participantes
132	Jones, R., et al. (2006). "Cultural beliefs and attitudes of African American prostate cancer survivors... Oncology Nursing Society 31st Annual Congress podium and poster abstracts."	E	Tipo de estudo
133	Howat, A., et al. (2006). "A descriptive study comparing health attitudes of urban and rural oncology patients."	I	
134	Fugita, R. M. I. and D. M. R. Gualda (2006). "Breast cancer's causality analyzed through the Health Belief Model [Portuguese]."	I	
135	Courneya, K. S., et al. (2006). "Exercise beliefs of breast cancer survivors before and after participation in a randomized	E	

	controlled trial."		
136	Chiu, L., et al. (2006). "Use of complementary and alternative medicine by Chinese individuals living with cancer in British Columbia."	E	
137	Büssing, A., et al. (2006). "Spirituality and adaptive coping styles in German patients with chronic diseases in a CAM health care setting."	E	
138	Bowman, K. F., et al. (2006). "Family members' worry about survivors' cancer-related health: perceptions of older long-term survivors... American Psychosocial Oncology Society (APOS) Third Annual Conference, Amelia Island, Florida, 16th-19th February 2006."	E	Participantes
139	Arman, M., et al. (2006). "Women's perceptions and beliefs about the genesis of their breast cancer."	I	
140	Tromp, D. M., et al. (2005). "Medical care-seeking and health-risk behavior in patients with head and neck cancer: the role of health value, control beliefs and psychological distress."	I	
141	Sharf, B. F., et al. (2005). "'A little bitty spot and I'm a big man': patients' perspectives on refusing diagnosis or treatment for lung cancer."	E	Exposição
142	Scott, S., et al. (2005). "Repositioning the patient: the implications of being 'at risk'."	E	Participantes
143	Sadler, G. R., et al. (2005). "African-American women's	E	Participantes

	perceptions of their most serious health problems."		
144	Reedy, J., et al. (2005). "Qualitative comparison of dietary choices and dietary supplement use among older adults with and without a history of colorectal cancer."	E	Exposição
145	Radina, M. E., et al. (2005). "Latinas and breast cancer in the Midwest: factors influencing survivorship."	E	Participantes
146	Patenaude, A. F. (2005). Emotional Baggage: Unresolved Grief, Emotional Distress, Risk Perception, and Health Beliefs and Behaviors. Genetic testing for cancer: Psychological approaches for helping patients and families.	E	Participantes
147	Park, S., et al. (2005). "Effects of a Cognition-Emotion Focused Program to Increase Public Participation in Papanicolaou Smear Screening."	E	Outcome
148	Myers, R. E. (2005). "Decision counseling in cancer prevention and control."	E	Participantes
149	Hay, J., et al. (2005). "Thinking through cancer risk: characterizing smokers' process of risk determination."	E	Participantes
150	Hay, J., et al. (2005). "Skin cancer risk discussions in melanoma-affected families."	E	Participantes
151	Dixon, L. S. (2005). The meaning and experience of caring among African Americans with cancer and their caregivers, Northern Illinois University.	E	Participantes
152	Dawson, R., et al. (2005). "Do patients' beliefs act as barriers to	I	

	effective pain management behaviors and outcomes in patients with cancer-related or noncancer-related pain?"		
153	Codori, A.-M., et al. (2005). "Genetic counseling outcomes: perceived risk and distress after counseling for hereditary colorectal cancer."	E	Participantes
154	Chui, Y., et al. (2005). "Responses to advanced cancer: Chinese-Australians."	I	
155	(2005). "Clinical update: literature abstracts."	E	Tipo de estudo
156	(2005). "Clinical highlights. Innovations in practice: a patient's view of cancer isn't what you might expect."	E	Tipo de estudo
157	Tercyak, K. P., et al. (2004). "Brief report: health beliefs among survivors of childhood cancer."	E	Participantes
158	Prado, M. A. S., et al. (2004). "Physical training practice in women submitted to breast cancer surgery: perception of barriers and benefits [Portuguese]."	I	
159	Munet-Vilaró, F. (2004). "Delivery of culturally competent care to children with cancer and their families -- the Latino experience."	E	Participantes
160	Lamanna, L. M. (2004). "College students' knowledge and attitudes about cancer and perceived risks of developing skin cancer."	E	Participantes
161	Junda, T. (2004). "Our family's experiences: a study of Thai families living with women in the early stages of breast cancer."	E	Participantes

162	Gotay, C. C., et al. (2004). "Cancer-related attitudes: A comparative study in Japan and the US."	E	Participantes
163	Geffen, J. R. (2004). "Creating optimal healing environments for patients with cancer and their families: insights, challenges, and lessons learned from a decade of experience... Toward Optimal Healing Environments in Health Care: Second American Samueli Symposium, January 22-24, 2004."	E	Tipo de estudo
164	Dein, S. (2004). "Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures."	E	Outcome
165	de Moura, S. L. (2004). "The social distribution of reports of health-related concerns among adolescents in São Paulo, Brazil."	E	Participantes
166	Coon, S. K. and E. A. Coleman (2004). "Keep moving: patients with myeloma talk about exercise and fatigue."	E	Exposição
167	Cagnin, E. R. G., et al. (2004). "Children's social representation of cancer [Portuguese]."	E	Participantes
168	Beagan, B. L. and G. E. Chapman (2004). "Family influences on food choice: context of surviving breast cancer."	E	Participantes
169	Beagan, B. L. and G. E. Chapman (2004). "Eating after breast cancer: influences on women's actions."	I	
170	Beadle, G. F., et al. (2004). "Illusions in advanced cancer: the effect of belief systems and attitudes on quality of life."	I	
171	Sung, H. (2003). Golfers' UV exposure, health beliefs and	E	Participantes; Outcome

	practices, and intention to adopt UV protective clothing.		
172	Simpson, P. B. (2003). "Family beliefs about diet and traditional Chinese medicine for Hong Kong women with breast cancer."	E	Participantes
173	McGarvey, E. L., et al. (2003). "Cancer screening practices and attitudes: comparison of low-income women in three ethnic groups."	E	Participantes; Outcome
174	Manne, S., et al. (2003). "Understanding intention to undergo colonoscopy among intermediate-risk siblings of colorectal cancer patients: a test of a mediational model."	E	Participantes
175	Hunter, M. S., et al. (2003). "Help-seeking intentions for breast-cancer symptoms: a comparison of the self-regulation model and the theory of planned behaviour."	E	Outcome
176	Greene, K. and L. S. Brinn (2003). "Messages influencing college women's tanning bed use: Statistical versus narrative evidence format and a self-assessment to increase perceived susceptibility."	E	Participantes; Outcome
177	DiMatteo, M. R. (2003). "Future directions in research on consumer-provider communication and adherence to cancer prevention and treatment."	E	Participantes; Outcome
178	Cox, C. L. (2003). "Online exclusive: a model of health behavior to guide studies of childhood cancer survivors."	E	Participantes
179	Coon, S. K. (2003). Exercise as an intervention for cancer-related fatigue: The subject's view, University of Arkansas for	E	Outcome

	Medical Sciences.		
180	Clarke-Tasker, V. (2003). "Socioeconomic status and African Americans' perceptions of cancer."	E	Participantes
181	Chapman, G. E. and B. Beagan (2003). "Women's perspectives on nutrition, health, and breast cancer."	E	Outcome
182	Belchamber, C. (2003). Rehabilitative care approach in a specialist palliative day care centre: a study of patients' perspectives, The Chartered Society of Physiotherapy.	I	
183	Aparicio-Ting, F. and A. G. Ramirez (2003). "Breast and cervical cancer knowledge, attitudes, and screening practices of hispanic women diagnosed with cancer."	E	Outcome
184	Abood, D. A., et al. (2003). "Nutrition education worksite intervention for university staff: application of the Health Belief Model."	E	Participantes
185	Yates, P. M., et al. (2002). "Barriers to effective cancer pain management: a survey of hospitalized cancer patients in Australia."	E	Participantes
186	Taylor, V. M., et al. (2002). "Hepatitis B knowledge and practices among Cambodian American women in Seattle, Washington."	E	Participantes
187	Reuille, K. M. (2002). "Using self-regulation theory to develop an intervention for cancer-related fatigue."	I	
188	Park, E. B., et al. (2002). "A qualitative exploration of health	E	Participantes

	perceptions and behaviors among adult survivors of childhood cancers."		
189	O'Leary, U. (2002). "Psychosocial influences on pain perceptions in cancer."	E	Outcome
190	Manne, S., et al. (2002). "Correlates of colorectal cancer screening compliance and stage of adoption among siblings of individuals with early onset colorectal cancer."	E	Participantes
191	Honda, K. (2002). Factors associated with colorectal cancer screening behavior among Japanese residents in the United States.	E	Participantes
192	Dibsdall, L. A., et al. (2002). "Using interpretative phenomenology to understand the food-related experiences and beliefs of a select group of low-income UK women."	E	Participantes
193	Dawson, R., et al. (2002). "Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management."	E	Exposição
194	Cetingoz, R., et al. (2002). "Turkish people's knowledge of cancer and attitudes toward prevention and treatment."	E	Participantes
195	Braun, K. L., et al. (2002). "Supports and obstacles to cancer survival for Hawaii's native people."	E	Exposição
196	Ammerman, A., et al. (2002). "The PRAISE! project: a church-based nutrition intervention designed for cultural appropriateness, sustainability, and diffusion."	E	Participantes; Outcome
197	Zago, M. M. F., et al. (2001). "The illness narrative for larynx	E	Exposição

	cancer [Portuguese]."		
198	Tipton, L. E. M. (2001). A qualitative study of hope and the environment of persons living with cancer, University of Texas at Austin.	E	Exposição
199	Mok, E. (2001). "Empowerment of cancer patients: from a Chinese perspective."	E	Exposição
200	Merluzzi, T. V., et al. (2001). "Self-efficacy for coping with cancer: Revision of the Cancer Behavior Inventory (version 2.0)."	E	Exposição
201	Maskarinec, G., et al. (2001). "Perceived cancer causes: use of complementary and alternative therapy."	I	
202	Macey, J., et al. (2001). "Cancer prevention in the community: a survey of community residents."	E	Participantes; Outcome
203	Leventhal, H. and S. Carr (2001). Speculations on the relationship of behavioral therapy to psychosocial research on cancer.	E	Tipo de estudo
204	Davidson, K. W., et al. (2001). "Three top Canadian and personal health concerns of a random sample of Nova Scotian women."	E	Participantes
205	Codori, A.-M., et al. (2001). "Health beliefs and endoscopic screening for colorectal cancer: Potential for cancer prevention."	E	Participantes
206	Barsevick, A. M., et al. (2001). "In their own words: using the Common Sense Model to analyze patient descriptions of	I	

	cancer-related fatigue."		
207	Ward, S., et al. (2000). "An individualized intervention to overcome patient-related barriers to pain management in women with gynecologic cancers."	I	
208	Decruyenaere, M., et al. (2000). "Cognitive representations of breast cancer, emotional distress and preventive health behaviour: A theoretical perspective."	E	Participantes
209	Chung, J. W. Y., et al. (2000). "The lens model: assessment of cancer pain in a Chinese context."	E	Outcome
210	Bosompra, K., et al. (2000). "Likelihood of undergoing genetic testing for cancer risk: a population-based study."	E	Participantes
211	Baskind, K. M. (2000). Theoretical predictors of behavioral risk factors for skin cancer.	E	Outcome
212	Wills, B. S. H. and Y. S. Y. Wootton (1999). "Concerns and misconceptions about pain among Hong Kong Chinese patients with cancer."	E	Exposição
213	Richard, A. L. (1999). Determinants of cancer-preventive and early detection health practices among African-American women, University of Illinois at Chicago, Health Sciences Center.	E	Participantes
214	Granda-Cameron, C. (1999). "The experience of having cancer in Latin America."	E	Exposição
215	Castle, C. M., et al. (1999). "Young women and suntanning: An	E	Participantes; Outcome

	evaluation of a health education leaflet."			
216	Bruner, D. W. and C. P. Boyd (1999). "Assessing women's sexuality after cancer therapy: checking assumptions with the focus group technique."	I		
217	Savage, S. A. and V. A. Clarke (1998). "Older women's illness representations of cancer: a qualitative study."		E	Participantes
218	Matthews, A. K. (1998). "Lesbians and cancer support: clinical issues for cancer patients."	E		Outcome
219	Lin, C. (1998). "Enhancing management of cancer pain: contribution of the internal working model."	I		
220	Harnack, L., et al. (1998). "Cancer prevention-related nutrition knowledge, beliefs, and attitudes of U.S. adults: 1992 NHIS Cancer Epidemiology Supplement."	E		Outcome
221	Tyc, V. L., et al. (1997). "Tobacco use among pediatric cancer patients: recommendations for developing clinical smoking interventions."	E		Participantes
222	Purandare, L. (1997). "Attitudes to cancer may create a barrier to communication between the patient and caregiver."	E		Tipo de estudo
223	Lowe, J. I., et al. (1997). "An urban intergenerational program for cancer control education."	E		Participantes
224	Lee-Jones, C., et al. (1997). "Fear of cancer recurrence--a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears."	I		

225	Greimel, E. R., et al. (1997). "Self-care responses to illness of patients with various cancer diagnoses."	I	
226	De Trill, M. and R. Kovalcik (1997). "The child with cancer. Influence of culture on truth-telling and patient care."	E	Participantes
227	Courneya, K. S. and C. M. Friedenreich (1997). "Determinants of exercise during colorectal cancer treatment: an application of the theory of planned behavior."	I	
228	Box, V. (1997). "Primary health care nurses' attitudes to cancer: a focus group study."	E	Participantes
229	Pfeffer, N. and C. Moynihan (1996). "Ethnicity and health beliefs with respect to cancer: a critical review of methodology."	E	Participantes
230	Patterson, R. E., et al. (1996). "Do beliefs, knowledge, and perceived norms about diet and cancer predict dietary change?"	E	Participantes
231	Lev, E. L. and S. V. Owen (1996). "A measure of self-care self-efficacy... Strategies Used by People to Promote Health (SUPPH)."	E	Tipo de estudo
232	Jennings, K. (1996). "Getting Black women to screen for cancer: incorporating health beliefs into practice."	E	Participantes
233	Fieler, V. K., et al. (1996). "Information preferences of patients undergoing radiation therapy."	E	Outcome
234	(1996). "Chronic cancer pain."	E	Tipo de estudo
235	Varricchio, C. G. (1995). "Issues to consider when planning cancer control interventions for women."	E	Participantes; Outcome

236	Lowe, J. I., et al. (1995). "Educating African-Americans about cancer prevention and detection: a review of the literature."	E	Outcome
237	Katz, R. C., et al. (1995). "Cancer awareness and self-examination practices in young men and women."	E	Participantes
238	Wardle, J., et al. (1994). "Testicular self-examination: Attitudes and practices among young men in Europe."	E	Participantes
239	Thomas, A. C. (1994). Cancer screening behaviors in older adults: grounded theory, TEXAS WOMAN'S UNIVERSITY.	E	Participantes
240	Rimer, B. K. (1994). "Future directions in early detection research. A response to Drs. Bloom and Richardson."	E	Participantes
241	Palos, G. (1994). "Cultural heritage: cancer screening and early detection."	E	Outcome
242	Morrow, G. R., et al. (1994). "Behavioral aspects of clinical trials. An integrated framework from behavior theory."	E	Tipo de estudo
243	Lantz, P. M., et al. (1994). "Peer discussions of cancer among Hispanic migrant farm workers."	E	Participantes
244	Carmel, S., et al. (1994). "The role of age and an expanded Health Belief Model on predicting skin cancer protective behavior."	E	Participantes
245	Weiner, D. (1993). "Health beliefs about cancer. Among the Luiseño Indians of California."	E	Outcome
246	Olsen, S. J. and M. Frank-Stromborg (1993). "Cancer prevention and early detection in ethnically diverse populations."	E	Outcome

247	Näslund, G. K. and M. Fredrikson (1993). "Health behavior, knowledge and attitudes among Swedish university students."	E	Participantes
248	Murray, M. and C. L. McMillan (1993). "Gender differences in perceptions of cancer."	E	Participantes
249	Murray, M. and C. McMillan (1993). "Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour."	E	Participantes
250	Irving, L. M. (1993). Hope and cancer-related health beliefs, knowledge, and behavior: The advantage of the 'negotiated' reality principle.	E	Participantes
251	Vranicar-Lapka, D., et al. (1992). "Oncology patients' and their significant others' responses to a proposed cancer prevention/detection program."	E	Outcome
252	Underwood, S. (1992). "Cancer risk reduction and early detection behaviors among Black men: focus on learned helplessness."	E	Participantes
253	Merlino, N. S. and J. H. Price (1992). "Dietitians' perceptions about and personal nutrition practices for cancer risk reduction."	E	Participantes
254	Leigh, S. (1992). "Myths, monsters, and magic: personal perspectives and professional challenges of survival."	E	Exposição; Outcome
255	Lauver, D. (1992). "A theory of care-seeking behavior."	I	
256	Nelson, J. P. (1991). "Perceived health, self-esteem, health habits, and perceived benefits and barriers to exercise in women"	E	Exposição; Outcome

	who have and who have not experienced stage I breast cancer."		
257	Jepson, C., et al. (1991). "Black-White differences in cancer prevention knowledge and behavior."	E	Participantes
258	Taal, E., et al. (1990). Self-efficacy, protection motivation and health behaviour. Theoretical and applied aspects of health psychology.	E	Participantes; Outcome
259	Seydel, E., et al. (1990). "Risk-appraisal, outcome and self-efficacy expectancies: Cognitive factors in preventive behaviour related to cancer."	E	Participantes
260	Millon-Underwood, S. and E. Sanders (1990). "Factors contributing to health promotion behaviors among African-American men."	E	Participantes
261	Hoogewerf, P. E., et al. (1990). "Health belief and compliance with screening for fecal occult blood."	E	Participantes
262	Cody, R. and C. Lee (1990). " Behaviors , beliefs, and intentions in skin cancer prevention."	E	Participantes; Outcome
263	Rose, M. A. (1989). "Health promotion and risk prevention: applications for cancer survivors."	I	
264	Owen, P. and P. Long (1989). "Facilitating adherence to ACS and NCI guidelines for breast cancer screening... American Cancer Society (ACS) and the National Cancer Institute (NCI)."	E	Outcome
265	Gonzalez, J. T., et al. (1989). "Hispanics and cancer preventive behavior: the development of a behavioral model and its policy	E	Participantes

	implications."		
266	Seydel, E., et al. (1988). "Risico-inschatting als verklaring voor preventief gedrag bij kanker."	E	Língua
267	Price, J. H., et al. (1988). "Black Americans' perceptions of cancer. A study utilizing the Health Belief Model."	E	Participantes
268	Price, J. H., et al. (1988). "Differences in black and white adolescents' perceptions about cancer."	E	Participantes
269	Chin, L. (1988). Relationship of head and neck cancer patients' health beliefs, anxiety, and depression in their decisions to accept or refuse surgery.	E	Tipo de estudo
270	Keesling, B. and H. S. Friedman (1987). "Psychosocial factors in sunbathing and sunscreen use."	E	Participantes; Outcome
271	Burack, R. C. and J. Liang (1987). "The early detection of cancer in the primary-care setting: factors associated with the acceptance and completion of recommended procedures."	E	Participantes; Outcome
272	Newell, S. M., et al. (1986). "Utility of the modified Health Belief Model in predicting compliance with treatment by adult patients with advanced cancer."	I	
273	Bransfield, D. D., et al. (1986). "High compliance with fluoride treatment by patients irradiated for head and neck tumors: A theoretical interpretation."	E	Exposição; Outcome
274	Newell, S. M. (1985). An investigation into the utility of the modified health belief model in predicting treatment compliance	E	Tipo de estudo

	for advanced adult cancer patients in hospital outpatient clinics.		
275	Hill, D., et al. (1985). "Factors predisposing women to take precautions against breast and cervix cancer."	E	Outcome
276	Barofsky, I. (1984). "Therapeutic compliance and the cancer patient."	I	
277	Jones, W. L., et al. (1983). "Research in cancer patient education and compliance."	I	
278	Adelman, J. D. (1983). "Staff awareness of Hispanic health beliefs that affect patient compliance with cancer treatment."	E	Participantes
279	McCusker, J. and G. Morrow (1979). "The relationship of health locus of controls to preventive health behaviors and health beliefs."	E	Participantes
280	Haefner, D. P. and J. P. Kirscht (1970). "Motivational and behavioral effects of modifying health beliefs."	E	Participantes

NOTA: Nesta primeira fase de seleção dos estudos, desde que um dos critérios de inclusão não fosse contemplado, o estudo era automaticamente eliminado.

ANEXO 2

Formulário de Avaliação Crítica Adaptado

Formulário de Revisão Crítica – Estudos Quantitativos

Adaptado de Law et al. (1998) e Caldwell et al. (2011)

[illegible]

<p><u>DESENHO:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Não experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Randomizado</p> <p><input type="checkbox"/> Coorte</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso único</p> <p><input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção</p> <p><input type="checkbox"/> Caso-controle</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso</p> <p><input type="checkbox"/> Descritivo</p> <p><input type="checkbox"/> Correlacional</p> <p><input type="checkbox"/> Preditivo</p> <p><input type="checkbox"/> Transversal</p> <p><input type="checkbox"/> Longitudinal</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p>
<p><u>MÉTODO, AMOSTRA:</u></p> <p>N =</p> <p>A amostra foi descrita detalhadamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>A amostra é representativa da população?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sem dados para resposta</p> <p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?).</p> <p>Havia mais do que um grupo? Foram emparelhados?</p> <p>Quais as características da amostra?</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p>

ANEXO 3

Cálculo da pontuação da qualidade metodológica dos estudos quantitativos

ITENS		SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO ESTÁ DESCRITA
1.	A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?	1	0		
2.	A revisão da literatura está atualizada?	1	0		
3.	Os objetivos/ finalidade estão claramente descritos?	1	0		
4.	Desenho de estudo (experimental/quasi-experimental)	1	0		
5.	Randomização da amostra	1	0		
6.	A amostra foi descrita detalhadamente?	1	0		
7.	Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?	1	0		
8.	Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?	1	0	1	
9.	A intervenção está descrita detalhadamente?	1	0	1	
10.	A 'contaminação' foi evitada?	1	0	1	0
11.	A co-intervenção foi evitada e as variáveis parasitas controladas?	1	0	1	0
12.	As medidas utilizadas estão descritas?	1	0		
13.	As medidas apresentam validade?	1	0		0
14.	As medidas apresentam fidelidade?	1	0		0
15.	Os métodos de análise de dados estão descritos?	1	0		
16.	Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?	1	0		
17.	Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?	1	0		
18.	As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?	1	0		

SCORE TOTAL

QUALIDADE METODOLÓGICA

0-6	Fraca
7-12	Moderada
13-18	Elevada

ANEXO 4

Tabela de extração dos dados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO					
DESENHO DO ESTUDO	AMOSTRA	MEDIDAS	SÍNTESE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS E CONCLUSÕES	A S S O C I A Ç Ã O	QUALIDADE DO ESTUDO

ANEXO 5

Estudo 1: Formulário de Avaliação Crítica Adaptado

ILLNESS PERCEPTIONS AND EMOTIONAL WELL-BEING IN MEN TREATED FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER (E1)

Lara Traeger, Frank J. Penedo, Jeffrey S. Gonzalez, Jason R. Dahn, Suzanne C. Lechner, Neil Schneiderman, Michael H. Antoni

Journal of Psychosomatic Research 67 (2009) 389-397 USA

O título reflete o seu conteúdo?

☒ Sim ☐ Não

Os autores são credíveis, i.e., possuem habilitações académicas e atividade profissional relevantes para a investigação?

☒ Sim ☐ Não

O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?

☒ Sim ☐ Não

REVISÃO DA

LITERATURA:

A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está compreensível?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está atualizada?

☒ Sim

☐ Não

OBJETIVOS/ FINALIDADE

DO ESTUDO:

Os objetivos estão claramente descritos?

☒ Sim

☐ Não

Descreva a pertinência do estudo.

O aumento do número de sobreviventes com cancro prostático e o consequente aumento das sequelas físicas e psicológicas causadas pela doença e pelos tratamentos, torna imperativo o estudo da qualidade de vida, e mais concretamente do bem-estar emocional, destes doentes numa fase posterior aos tratamentos.

A literatura sugere que o bem-estar emocional após os tratamentos parece ser influenciado pelas crenças e expectativas dos doentes com cancro. Assim, estudar as representações dos indivíduos com cancro da próstata pode ajudar a: - compreender as preocupações dos sobreviventes; - facilitar a identificação de cognições distorcidas que podem influenciar o bem-estar emocional; - fornecer mecanismos que ajudam na redução do stresse.

Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?

O estudo pretende explorar de que forma as representações cognitivas da doença se encontram

	<p>relacionadas com o bem-estar emocional dos doentes com cancro prostático na fase posterior aos tratamentos, tendo por base o modelo de autorregulação de Leventhal. O objetivo definido vai de encontro à nossa questão de investigação, na medida em que conhecendo as representações de doença dos indivíduos com cancro da próstata e reconhecendo que estas influenciam a qualidade de vida destes, por conseguinte irão afetar a autogestão da doença.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>Hipótese 1: As seguintes representações de doença estarão associadas a um fraco bem-estar emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maior perceção de consequências negativas do cancro prostático; - Maiores crenças de que as causas do cancro prostático se encontram associadas a questões de personalidade e comportamentais; - Baixo controlo pessoal e do tratamento percebido sobre o cancro prostático; - Baixa coerência percebida da sua condição. <p>Hipótese 2: As associações anteriores serão tanto mais fortes para os indivíduos quanto maior for:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A disfunção sexual; - O stresse na sua vida.
<p><u>DESENHO:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não Experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Randomizado</p> <p><input type="checkbox"/> Coorte</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso único</p> <p><input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção</p> <p><input type="checkbox"/> Caso-controle</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso</p> <p><input type="checkbox"/> Descritivo</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p> <p>Estudo não experimental, descritivo e transversal.</p> <p>O desenho parece adequado ao estudo, dado que o aumento crescente do número de sobreviventes com patologia prostática e com sequelas físicas e psicológicas torna necessária mais investigação que se dedique a explorar a influência das representações de doença na qualidade de vida destes indivíduos, principalmente após</p>

<input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Preditivo <input checked="" type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Longitudinal	os tratamentos.
<p><u>MÉTODO, AMOSTRA:</u></p> <p>N = 214</p> <p>A amostra foi descrita detalhadamente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>A amostra é representativa da população?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sem dados para resposta</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?).</p> <p>Participantes provenientes da base de dados <i>Florida Cancer Data System</i> (posteriormente serviu para um ensaio controlado randomizado de intervenção psicossocial).</p> <p><u>Critérios de inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Doentes que completaram tratamento para o estadio inicial (I-II) de cancro prostático, nos últimos 18 meses; - Terem pelo menos o equivalente ao nono ano de escolaridade para garantir que compreendiam bem os instrumentos de medida. <p><u>Critérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade inferior a 50 anos; - A realizarem hormonoterapia; - História anterior de cancro; - Perturbações cognitivas significativas ou sintomas psiquiátricos ativos (ataques de pânico, stress pós traumático, psicose ou dependência de álcool/droga nos últimos 3 meses) <p>Nos casos de suspeita de perturbação cognitiva foi fornecido um questionário <i>“Folstein Mini-Mental Status Exam”</i>, tendo sido excluídos os homens com resultados iguais ou inferiores a 23. Foi também utilizada uma entrevista clinica estruturada <i>“DSM-IV/non-patient edition”</i>, para identificar os doentes com sintomas psiquiátricos ativos.</p> <p>Tipo de amostragem não probabilística e intencional.</p> <p>Havia mais do que um grupo? Foram emparelhados?</p> <p>Não existia(m) outro(s) grupo(s).</p>

<p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><u>MÉTODO.</u></p>	<p>Quais as características da amostra?</p> <p><u>Sociodemográficas</u></p> <p>Idade: média de 64.9 anos e desvio-padrão de 7.4;</p> <p>Estado civil: 77.1% casados ou em união de facto;</p> <p>Escolaridade: média de 13.8 anos e desvio-padrão de 3.4;</p> <p>Rendimento familiar: média de 48.1\$K e desvio-padrão de 40.8\$K;</p> <p>Situação face ao emprego: 47.2% com emprego e 42.1% reformados;</p> <p>Etnia: 40.8% latinos e 40.4% não latinos caucasianos;</p> <p><u>Clínicas</u></p> <p>Tempo decorrido desde o diagnóstico: média de 15.3 meses e desvio-padrão de 6.8;</p> <p>Tempo decorrido desde os tratamentos: média de 10.2 meses e desvio-padrão de 4.7;</p> <p>Tipo de tratamentos: 50.5% realizaram braquiterapia, 49.5% submetidos a cirurgia;</p> <p>Co-morbilidades: 33.6% sem co-morbilidades associadas, restantes 66.4% com co-morbilidades associadas (21.5% com uma, 17.8% com 4 ou mais, 13.6 com duas e 13.6 com três).</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Se sim, porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p> <p>Não foram referidos abandonos.</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os sujeitos assinaram o termo de consentimento?</p> <p>Estudo aprovado pela <i>University of Miami Internal Review Board</i>. Todos os homens elegíveis para participar no estudo assinaram o consentimento informado antes de entrarem no estudo.</p>
---	--

<p><u>INTERVENÇÃO:</u></p> <p>A intervenção está descrita detalhadamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A “contaminação” foi evitada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local/ contexto clínico).</p> <p>Não se aplica.</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica?</p> <p>Não se aplica.</p>
<p><u>MÉTODO.</u></p> <p><u>INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS:</u></p> <p>As medidas utilizadas estão descritas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>As medidas apresentam validade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas.</p> <p>1. <u>Questionário sociodemográfico e clínico</u></p> <p>Idade, estado civil, escolaridade, rendimento familiar, situação face ao emprego, etnia; número de meses desde o diagnóstico e tratamento, tipo de tratamento.</p> <p>Utilizado o “<i>Charlson Comorbidity Index</i>” para identificar co- morbilidades.</p> <p>2. <u>IPQ-R Illness Perception Questionnaire-Revised (Moss-Morris, 2002):</u></p> <p>Avalia as representações da doença.</p>

<p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Boa validade e fidelidade quando administrado em diferentes grupos de doenças. Na presente amostra α Cronbach entre 0.67-0.80.</p> <p>Utilizadas as subescalas <u>controle pessoal</u>, <u>controle do tratamento</u>, <u>coerência</u>, <u>consequências</u> da doença e alguns itens da subescala de <u>causas</u> (incluídos os itens que hipoteticamente refletiam fatores de risco de personalidade e comportamentais, tendo sido excluídos os itens relacionados com o ambiente, o social e os fatores genéticos).</p> <p>Para cada afirmação os participantes demonstraram o seu acordo através de uma escala de Likert de 5 pontos desde o (1) “discordo plenamente” até ao (5) “concordo plenamente”. Quanto maior o valor obtido: (a) maior a percepção de controlo da doença por parte do doente e pelo tratamento, (b) menor a compreensão da doença por parte do doente, (c) mais grave a percepção das consequências da doença e (d) maior a concordância com a atribuição causal.</p> <p>3. <u>FACT-G Functional Assessment of Cancer Therapy-General Module (Cella D.F., et. al, 1993):</u></p> <p>Avalia a qualidade de vida geral dentro de 4 domínios (físico, funcional, social/familiar e emocional); constituído por 27 itens que foram aplicados na totalidade.</p> <p>Boa validade e fidelidade demonstradas em vários estudos que avaliam a qualidade de vida de doentes com cancro da próstata; não avaliadas nesta amostra.</p> <p>As respostas apresentadas através de uma escala de concordância de Likert de 5 pontos desde (0) “nem um pouco” até ao (4) “muitíssimo”.</p> <p>Os resultados de cada uma das quatro subescalas/ domínios podem ser somados, podendo ainda obter-se o resultado global de qualidade de vida. Os valores mais elevados correspondem a melhor qualidade de</p>
---	---

	<p>vida nas suas diversas dimensões. Foram utilizados os valores totais da subescala de “bem-estar emocional”.</p> <p>4. <u>EPIC Expanded Prostate Cancer Index Composite (Wei J.T., et. al, 2000):</u></p> <p>Avalia a frequência e a gravidade dos problemas sexuais após o tratamento do cancro da próstata (não foram incluídos os itens que avaliam os problemas intestinais e urinários).</p> <p>Boa fidelidade e validade num estudo anterior dos autores.</p> <p>Resultados avaliados num score de 0-100, onde 100 é a melhor função sexual possível.</p> <p>5. <u>PSS Perceived Stress Scale (Cohen S. K. T. & Mermelstein R., 1983):</u></p> <p>Avalia, em 14 itens, o quanto imprevisível, incontrolável e stressante os participantes sentiram que tinha sido a sua vida durante o último mês.</p> <p>Boa validade e fidelidade noutros estudos em homens com cancro da próstata.</p>
<p><u>MÉTODO, ANÁLISE</u></p> <p><u>DOS DADOS:</u></p> <p>Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados?</p> <p><u>Análise descritiva</u></p> <p>Cálculo de médias, desvios-padrão e frequências absolutas e relativas. Consistência interna (fidelidade) através do cálculo do α de Cronbach.</p> <p><u>Análise inferencial</u></p> <p>As variáveis contínuas foram avaliadas como preditores do bem-estar emocional usando a correlação de Pearson de ordem zero.</p> <p>As variáveis categóricas foram avaliadas como preditores do bem-estar emocional usando as análises unidirecionais de variância. As variáveis com $p < 0.10$ foram retidas</p>

	<p>enquanto co-variáveis para a análise dos dados relativos ao bem-estar emocional.</p> <p>As relações entre as representações da doença e o bem-estar emocional foram avaliadas através da correlação de Pearson de ordem zero.</p> <p>Posteriormente foram aplicados os modelos de regressões múltiplas para verificar as interações entre as variáveis contínuas, de forma a prever o bem-estar emocional. De forma a reduzir a colinearidade entre variáveis e facilitar a interpretação do coeficiente beta, os valores de cada preditor e moderador foram centrados a zero.</p> <p>Para cada modelo as co-variáveis foram inseridas nos passos 1 e 2, a variável das representações da doença no passo 3 e o bem-estar emocional foi identificado enquanto resultado.</p> <p>Os modelos de regressão foram ainda ampliados para testar se o stresse percebido moderou as relações entre as representações da doença e o bem-estar emocional. Assim, para cada modelo o stresse percebido foi inserido no passo 4, um vetor que representava a relação entre a representação de doença e o stresse percebido no passo 5. Uma relação significativa de $p < 0.05$ foi utilizada como critério de efeito moderador significativo. Este procedimento foi integralmente repetido de forma a avaliar as relações entre as representações de doença e a função sexual como preditores do bem-estar emocional.</p>
<p><u>RESULTADOS:</u></p> <p>Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < 0,05$)?</p> <p><u>Bem-estar emocional</u></p> <p>Os níveis de escolaridade ($r=0.17$, $p < 0.02$) e o rendimento familiar ($r=0.12$, $p < 0.07$) elevados, bem como fatores relativos à etnia, não latinos caucasianos e afro-americanos ($p < 0.01$), encontram-se relacionados com o elevado bem-estar emocional. Criado vetor onde estes 3 fatores foram retidos enquanto co-variáveis nas subsequentes análises regressivas.</p>

<p>apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p><u>Representações da doença e bem-estar emocional</u></p> <p>Verificadas correlações moderadamente significativas entre as representações da doença e o bem-estar emocional, nomeadamente percepção de elevado controle do tratamento ($r=0.18$), elevada coerência da doença ($r=0.28$), consequências negativas reduzidas ($r=-0.35$), reduzida <u>atribuição causal</u> associada à personalidade e aos comportamentos ($r=-0.25$) foram relacionadas com elevado bem-estar emocional ($p's < 0.01$). Após o ajuste das co-variáveis, estas quatro representações continuaram a demonstrar influência significativa no bem-estar emocional. A relação entre o controle pessoal e o bem-estar emocional não foi significativa.</p> <p><u>Relações entre o stresse percebido, as representações da doença e o bem-estar emocional</u></p> <p>Após o ajuste das co-variáveis o stresse moderou significativamente a relação entre a percepção de consequências negativas e o bem-estar emocional ($\beta = -0.14$, $p < 0.02$). O modelo no geral foi significativo ($F[6,204]=17.35$, $p < 0.01$) e representou 33.8% da variação no bem-estar emocional. As relações entre o stresse e as percepções do controle do tratamento ($\beta = 0.11$, $p < 0.08$) e causas de personalidade e comportamentais ($\beta = -0.11$, $p < 0.06$) não foram significativas.</p> <p>Contrariamente à hipótese formulada, a disfunção sexual não moderou qualquer relação entre as representações de doença e o bem-estar emocional.</p> <p>Os indivíduos com maior stresse apresentaram maiores consequências negativas da doença associadas a um baixo bem-estar emocional ($\beta = -0.36$, $p < 0.01$). Por outro lado, nos indivíduos com menor stresse, a relação entre a percepção das consequências negativas e o bem-estar emocional não foi significativa. As interações entre o stresse e o controle do tratamento e as causas de</p>
---	--

<p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p>cancro prostático foram pouco significativas.</p> <p>Baixas percepções de controle do tratamento e de causas associadas ao cancro prostático foram significativamente associadas com bem-estar emocional mais baixo em indivíduos com maior stresse (β padronizado=0,21 e -0,24, respetivamente, $p<0,02$), mas não a stresse mais baixo.</p> <p>Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos?</p> <p>Não está descrita. Não se aplica.</p>
<p><u>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:</u></p> <p>As conclusões estão coerentes com questões/ hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p><u>Relações entre as representações da doença e o bem-estar emocional</u></p> <p>Maior controle do tratamento, maior coerência, menos consequências negativas, menos crenças na personalidade e nas causas comportamentais percebidas de cancro prostático, permaneceram associados a um maior bem-estar emocional após os tratamentos.</p> <p>Ao contrário do esperado, o controle pessoal percebido não se encontrava relacionado com o bem-estar emocional.</p> <p><u>Efeito do stresse</u></p> <p>A hipótese de que o stresse iria moderar as relações entre as representações de doença e o bem-estar emocional foi suportada apenas parcialmente.</p> <p>Percepções de coerência da doença mantiveram-se associadas ao bem-estar emocional para todos os homens, independente dos níveis de stresse percebidos. Este resultado sugere que um sentimento de clareza sobre o cancro prostático pode ser um componente marcante no ajustamento emocional após os tratamentos para a maioria dos homens.</p> <p>Em contraste, o stresse foi encontrado a moderar a</p>

	<p>relação entre as consequências negativas percebidas de cancro prostático e o bem-estar emocional.</p> <p>O stresse interagiu, embora com baixa significância com o controle do tratamento e personalidade e as causas comportamentais do cancro prostático para prever o bem-estar emocional.</p> <p>Análises posteriores indicaram que as percepções mais graves foram associadas com pior bem-estar emocional apenas com altos níveis de stresse na vida. Efeitos de moderação indicam que o stresse pode exacerbar o impacto das percepções do cancro prostático no ajustamento emocional, mesmo após o término dos tratamentos.</p> <p><u>Efeito da disfunção sexual</u></p> <p>Contrariando as expectativas, a disfunção sexual não moderou as relações entre as representações da doença e o bem-estar emocional. Além disso, a disfunção sexual não previu diferenças nas representações da doença ou no bem-estar emocional.</p> <p>Os resultados indicaram que os preditores de bem-estar emocional entre os sobreviventes de cancro prostático não se limitaram aos aspetos físicos de recuperação após o tratamento. Para além da disfunção sexual, fatores como o tempo decorrido desde o diagnóstico ao tratamento e do tipo de tratamento não foram associados com o bem-estar emocional.</p> <p>Os resultados também enfatizaram o papel do stresse, ao aumentar a relevância emocional das percepções sobre a experiência da pessoa com cancro.</p> <p>O bem-estar emocional relatado pela amostra não diferiu em média daqueles de uma amostra nacionalmente representativa de adultos do sexo masculino. Este resultado suporta um trabalho prévio no qual a FACT-G não fez distinção entre os homens com cancro prostático localizado e homens de idade comparável sem cancro,</p>
--	---

	<p>bem como prova que os sobreviventes de cancro nem sempre comunicam decréscimos em geral na sua qualidade de vida.</p> <p>Os resultados demonstraram, no entanto, que o impacto percebido do cancro prostático e o stresse, conjuntamente, podem prever diferenças clinicamente significativas no bem-estar emocional. Assim, a variância nos resultados indicou que os fatores individuais podem moderar o risco de ter bem-estar emocional durante a fase de pós tratamento.</p> <p>Quais as implicações dos resultados para a prática clínica?</p> <p>Os resultados de uma forma geral sugeriram que as representações da doença podem ser alvos importantes para a criação de intervenções após os tratamentos, especialmente para os homens que enfrentam altos níveis de stresse. Muitos modelos de intervenção proporcionam a oportunidade para os homens adquirirem informações numa atmosfera de apoio e utilizar esta informação para normalizar as suas experiências e desenvolver percepções realistas sobre as sequelas da doença. Os sobreviventes do cancro prostático também podem beneficiar de um contexto estruturado no qual o treino de habilidades relevantes seja dirigido.</p> <p>Os indivíduos com menor qualidade de vida pós-tratamento pertencem a minorias étnicas, pelo que tornam-se necessárias novas explorações de fatores socioculturais que possam estar subjacentes a estas diferenças, bem como a criação de intervenções psicossociais em diversos contextos da comunidade.</p> <p>Quais as principais limitações ou erros do estudo?</p> <p>O tipo de estudo transversal limita as conclusões acerca da causalidade das relações entre as representações da doença e o bem-estar emocional.</p>
--	---

	<p>Dado o número de análises de moderação no presente estudo, alguns dos efeitos de moderação identificados podem ter sido devido ao acaso. Além disso, a avaliação do stresse na amostra foi limitada.</p> <p>As representações da doença e o bem-estar emocional tornam necessária examinar o locus de controlo percebido, como um fator de proteção ou de risco durante a fase de pós-tratamento de cancro prostático.</p> <p>A influência ambígua da disfunção sexual pós-tratamento indica que devem ser avaliadas preocupações mais específicas da doença em futuras avaliações das representações da doença e dos domínios de qualidade de vida.</p>
--	---

ANEXO 6

Estudo 2: Formulário de Avaliação Crítica Adaptado

THE ROLE OF ILLNESS BELIEFS, TREATMENT BELIEFS, AND PERCEIVED SEVERITY OF SYMPTOMS IN EXPLAINING DISTRESS IN CANCER PATIENTS DURING CHEMOTHERAPY TREATMENT (E2)

Ingela C. V.Thuné-Boyle, MSc, CPsychol., Lynn B. Myers, PhD, BPharm, Stanton P. Newman, DPhil

Behavioral Medicine 32 (2006) 19-29 United Kingdom

O título reflete o seu conteúdo?

☒ Sim ☐ Não

Os autores são credíveis, i.e., possuem habilitações académicas e atividade profissional relevantes para a investigação?

☒ Sim ☐ Não

O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?

☒ Sim ☐ Não

REVISÃO DA

LITERATURA:

A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?

☒ Sim
☐ Não

A revisão da literatura está compreensível?

☒ Sim
☐ Não

A revisão da literatura está atualizada?

☐ Sim
☒ Não

OBJETIVOS/FINALIDADE

DO ESTUDO:

Os objetivos estão claramente descritos?

Descreva a pertinência do estudo.

A quimioterapia constitui um tratamento frequentemente utilizado no tratamento da doença oncológica, ao qual se encontram associados múltiplos efeitos secundários. O número e a gravidade destes efeitos podem variar bastante dependendo de vários fatores, inclusivamente fatores de ordem individual, o que sugere que os aspetos não farmacológicos podem desempenhar um papel importante na forma como os doentes experienciam e interpretam os seus sintomas durante a quimioterapia. Existe alguma evidência que aponta para que as representações da doença no doente oncológico possam afetar a sua qualidade de vida, no entanto poucos estudos se dedicaram à pesquisa de relações entre as crenças dos doentes acerca da doença e do tratamento e as atribuições causais dos sintomas e o *distress* sentido durante o período de quimioterapia.

Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?

<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<p>Analisar a força e a natureza das atribuições causais dos doentes oncológicos relativamente aos seus sintomas físicos, às suas crenças sobre a cura, e às “crenças sobre as consequências” da sua doença e tratamento em relação ao número e gravidade dos sintomas percebidos e o <i>distress</i> que experimentam durante o tratamento de quimioterapia.</p> <p>O objetivo definido vai de encontro à nossa questão de investigação, na medida em que conhecendo a relação existente entre as representações da doença oncológica e o <i>distress</i> associado no decorrer do tratamento de quimioterapia, podemos perceber de que forma estas variáveis influenciam a autogestão da doença.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>Hipótese 1: As atribuições causais dos sintomas e as crenças sobre as consequências e a cura servirão como mediador entre o número e a gravidade dos sintomas físicos e <i>distress</i> percebidos.</p> <p>Hipótese 2: A tendência para associar os sintomas com a doença estará associada às crenças de que o tratamento e a doença terão crenças sobre as consequências mais graves e que a doença terá uma menor probabilidade de ser curável, o que, por sua vez, estará relacionado com níveis mais elevados de <i>distress</i>.</p> <p>Hipótese 3: A tendência de associar os sintomas com o tratamento estará positivamente correlacionada com as crenças sobre a cura e que os sintomas como a fraqueza, dor e fadiga terão em relação a outros sintomas, mais atribuições causais para a doença do que ao tratamento.</p>
<p>DESENHO:</p> <input type="checkbox"/> Experimental <input type="checkbox"/> Quasi experimental <input checked="" type="checkbox"/> Não experimental <input type="checkbox"/> Randomizado	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p> <p>Estudo não experimental, descritivo e transversal.</p>

<input type="checkbox"/> Coorte <input type="checkbox"/> Estudo de caso único <input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção <input type="checkbox"/> Caso-controle <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input checked="" type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Preditivo <input checked="" type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Longitudinal	<p>O desenho parece adequado ao estudo, pois visa explorar as relações existentes entre as representações de doença (e do tratamento), a gravidade percebida dos sintomas e o <i>distress</i> dos indivíduos durante a quimioterapia.</p>
<p><u>MÉTODO, AMOSTRA:</u></p> <p>N = 72</p> <p>A amostra foi descrita detalhadamente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>A amostra é representativa da população?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sem dados para resposta</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?).</p> <p><u>Critérios de inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Doentes a receber quimioterapia endovenosa num hospital universitário do Reino Unido; - Doentes que tenham realizado pelo menos 3 tratamentos (escolha dos autores de forma a se poder afastar o choque inicial do diagnóstico e a interferência que isso produziria nos sintomas). <p><u>Critérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Doentes com menos de 18 anos; - Doentes pouco fluentes em inglês; - Doentes com metástases cerebrais; - Doentes com doenças psiquiátricas, no momento da colheita de dados. <p>Tipo de amostragem não probabilística e intencional.</p> <p>Havia mais do que um grupo? Foram emparelhados?</p> <p>Não existia(m) outro(s) grupo(s).</p> <p>Quais as características da amostra?</p> <p><u>Sociodemográficas:</u></p> <p>Homens: 33 (46%), Mulheres: 39 (54%);</p> <p>Idades compreendidas entre 22-83 anos (média 56 anos);</p> <p>Estado civil: solteiro/divorciado/separado/viúvo 28 (39%),</p>

<p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica?</p> <p>Não se aplica.</p>
<p><u>MÉTODO, INSTRUMENTOS DE COLHEITA DOS DADOS:</u></p> <p>As medidas utilizadas estão descritas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>As medidas apresentam validade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas.</p> <p>1. <u>Questionário sociodemográfico e clínico:</u></p> <p>Idade, género, escolaridade, estado civil, situação face o emprego, <i>status</i> da doença, número de tratamentos, tipos de cancro.</p> <p>2. <u>IPQ-R Illness Perception Questionnaire-Revised (Moss-Morris, 2002):</u></p> <p>Avalia as representações da doença.</p> <p>Fidelidade das subescalas de “crenças de cura” e de “crenças sobre as consequências” aceitáveis, com α Cronbach de 0.72 e 0.71, respetivamente.</p> <p>Utilizadas 2 subescalas previamente adaptadas a uma população com cancro da mama. Estas focam a cura do cancro, a eficácia da quimioterapia e as “crenças sobre as consequências” de ter um cancro e de realizar quimioterapia, tendo sido utilizadas neste estudo com intuito de medir as crenças acerca da cura e das “crenças sobre as consequências” do cancro e dos seus tratamentos.</p> <p>Para cada afirmação os participantes demonstram o</p>

	<p>seu acordo através de uma escala de Likert de 5 pontos desde o (1) “discordo plenamente” até ao (5) “concordo plenamente”. Valores elevados na subescala “crenças sobre as consequências” refletem os efeitos adversos do cancro e dos seus tratamentos. Valores elevados na subescala “crenças na cura” indicam uma crença elevada na eficácia da quimioterapia na cura do cancro.</p> <p>3. <u>HAD-S The Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond, 1983):</u></p> <p>Mede o bem-estar psicológico, desenvolvido especificamente para medir a ansiedade e a depressão em doentes hospitalizados.</p> <p>As subescalas de ansiedade e de depressão apresentaram α Cronbach aceitáveis de 0.85 e 0.75, respetivamente.</p> <p>Apresenta boas características psicométricas em estudos com doentes oncológicos.</p> <p>A HAD-S consiste em 14 afirmações, 7 respeitantes a estados de ansiedade e 7 respeitantes a estados de depressão que o doente terá experimentado na semana prévia a completar o questionário.</p> <p>Cada afirmação é avaliada de 0 a 3, com os resultados mais elevados indicando maiores níveis de ansiedade ou depressão. A escala distingue entre provável e possível patologia – um resultado entre 8 e 10 indica possível patologia, e um resultado entre 11 e 21 indica provável patologia.</p> <p>4. <u>Check-list de sintomas:</u></p> <p>Avalia o número e a gravidade dos 22 sintomas mais comumente causados pela quimioterapia e pelo cancro.</p> <p>As respostas relativas à gravidade percebida dos sintomas são apresentadas segundo uma escala de</p>
--	--

<p><u>MÉTODO, ANÁLISE DOS DADOS:</u></p> <p>Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Likert de 4 pontos desde “nem um pouco” até ao “muito”, com os valores elevados a indicar maior gravidade de sintomas.</p> <p>Porque existem diferentes formas de avaliar a gravidade percebida dos sintomas, os autores avaliaram tanto a gravidade total como a relativa. A gravidade relativa de sintomas foi calculada através do número de sintomas experimentados pelos doentes, ou seja, dividindo o valor total de gravidade percebida por cada um dos doentes pelo número de sintomas que estes experimentaram, obtendo assim um valor médio da gravidade percebida dos sintomas. Foram também incluídas perguntas respeitantes às interpretações dos doentes acerca dos seus sintomas como sendo causados pela doença, tratamento ou ambos. Para avaliar a tendência relativa na atribuição dos sintomas à doença ou ao tratamento, os autores desenvolveram um cálculo onde subtraíram o número de atribuições devidas ao tratamento pelo número de atribuições devidas à doença e dividiram a diferença pelo número total de atribuições. Assim, os valores variaram entre -1 e 1, sendo que os resultados positivos refletem a tendência de maiores atribuições à doença e os resultados negativos maiores atribuições ao tratamento.</p> <p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados?</p> <p><u>Análise descritiva</u></p> <p>Cálculo de médias, desvio-padrão, frequências relativas e absolutas e percentagens.</p> <p>Consistência interna (fidelidade) das subescalas utilizadas nos instrumentos IPQ-R e HAD-S, através do cálculo do α de Cronbach.</p> <p><u>Análise bivariada</u></p>
---	---

	<p>Correlação de Pearson para perceber a relação entre as variáveis psicológicas e <i>distress</i>. Utilizada como base para posterior seleção de variáveis para a realização de duas análises hierárquicas de regressão múltipla.</p> <p><u>Análise multivariada</u></p> <p>Depois de controlados os dados sociodemográficos e clínicos, foram conduzidas duas análises de regressão múltipla hierárquica utilizando a ansiedade e a depressão enquanto variáveis dependentes. Nesta análise apenas foram incluídas variáveis se estas fossem correlacionadas com as variáveis dependentes ($p < 0.05$). As análises hierárquicas de regressão múltipla tiveram como objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar as variáveis independentes mais preditivas dos níveis de ansiedade e depressão durante o tratamento; - Perceber se as representações da doença e o número de atribuições causais dos sintomas relacionados com a doença ou tratamento moderam a relação entre o número e a gravidade de sintomas percebidos e o <i>distress</i> (segundo as técnicas de Baron e Kenny, 1986). <p>De acordo com o modelo de mediação entre variáveis de Baron e Kenny (1986), enquanto as variáveis moderadoras especificam quando se irá produzir determinado efeito, as variáveis mediadoras especificam como e porquê os efeitos ocorrem.</p>
<p><u>RESULTADOS:</u></p> <p>Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < 0,05$)?</p> <p><u>Análises descritivas</u></p> <p>O número de sintomas referidos variou entre 1-20 (de 22 possíveis), média 10.2, desvio-padrão 4.2.</p> <p>A gravidade percebida dos sintomas variou entre 1-2.5 (de 3 possíveis), média 1.4, desvio-padrão 0.4. A soma dos totais da gravidade de sintomas variou entre 1-41 (de 66 possíveis), média 15.4, desvio-padrão 8.3.</p> <p>Maior atribuição causal dos sintomas quanto ao</p>

<p>apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>tratamento (média 8.7, desvio-padrão 4.7, variabilidade entre 0 e 20) comparativamente quanto à doença (média 3.6, desvio-padrão 3.2, variabilidade entre 0 e 14). Atribuições causais relativas associadas ao tratamento e doença com média -0.40, desvio-padrão 0.48, variabilidade entre -1 a +1.</p> <p>A soma das respostas da subescala crenças sobre as consequências apresentava média 39.4, desvio-padrão 7.6, intervalo 23-55 de 65 possíveis, refletindo a crença das “crenças sobre as consequências” adversas quer dos tratamentos quer da doença.</p> <p>A soma das respostas acerca da subescala cura com média 11, desvio-padrão 2.5, intervalo 3-15 de 15 possíveis, sugerindo que os doentes parecem acreditar que a quimioterapia é efetiva na cura da sua doença.</p> <p>A média do nível de ansiedade foi de 6.7, desvio-padrão 3.8 variando entre 3-18, enquanto a média do nível de depressão foi de 5.4, desvio-padrão de 4.5 variando entre 0-19.</p> <p>Com resultados de 8 ou superiores a 8 encontrava-se 43% da amostra com níveis de ansiedade e 25% com níveis de depressão. De acordo com a distinção de possível ou provável patologia clínica, a presente amostra tinha possíveis níveis clínicos de ansiedade e depressão de 26.4% e 12.5% respetivamente e prováveis níveis clínicos de ansiedade e depressão de 16.7% e 12.5% respetivamente.</p> <p>Não foram encontradas diferenças significativas entre os novos casos e as recidivas (ansiedade $t(70)=0.113$, $p<0.910$; depressão $t(70)=0.266$, $p<0.791$).</p> <p><u>Correlações bivariadas</u></p> <p>Correlações muito elevadas entre o número de sintomas e o total da gravidade percebida dos sintomas $r=0.904$, $p<0.01$, o que significa que ambos medem o mesmo fenómeno. Este facto motivou os autores do estudo a</p>
---	--

	<p>abandonar o total da gravidade percebida dos sintomas, passando apenas a utilizar a média da gravidade percebida dos sintomas (correlação com o número de sintomas, $r=0.359$, $p<0.01$).</p> <p>Relação positivamente significativa entre o número de sintomas e os níveis de ansiedade ($r=0.375$, $p<0.01$) e entre o número de sintomas e os níveis de depressão ($r=0.340$, $p<0.01$). Também existe uma relação positivamente significativa entre a média da gravidade percebida dos sintomas e o número de sintomas ($r=0.358$, $p<0.01$), a ansiedade ($r=0.393$, $p<0.01$) e a depressão ($r=0.296$, $p<0.05$). A média da gravidade percebida de sintomas estava positivamente correlacionada com o número de sintomas atribuídos ao tratamento ($r=0.329$, $p<0.01$), a ansiedade ($r=0.393$, $p<0.01$) e a depressão ($r=0.296$, $p<0.05$). Relação positivamente significativa entre número de sintomas e o número de sintomas atribuídos à doença ($r=0.314$, $p<0.01$). O número de sintomas atribuídos à doença foi, em parte, relacionado com a depressão ($r=0.355$, $p<0.01$), enquanto a relação entre o número de sintomas atribuídos ao tratamento estava relacionada com a ansiedade ($r=0.320$, $p<0.01$).</p> <p>A relação entre o número de sintomas atribuídos à doença e as crenças sobre as consequências da doença mostrou-se correlacionada positivamente ($r=0.431$, $p<0.01$). A percepção sobre as crenças sobre as consequências da doença estavam, em parte, positivamente relacionadas com a ansiedade ($r=0.432$, $p<0.01$) e com a depressão ($r=0.371$, $p<0.01$). As atribuições causais sobre a doença ou tratamento estavam positivamente correlacionadas com o número de sintomas atribuídos à doença ($r=0.748$, $p<0.01$), mas não mostraram nenhuma relação significativa com qualquer outra variável.</p>
--	--

	<p><u>Análise regressiva hierárquica</u></p> <p>a) Ansiedade</p> <p>Para controlar os efeitos das variáveis sociodemográficas (idade e género) e clínicas (número de tratamentos e status da doença), os autores colocaram estas na equação em primeiro lugar, em 2 blocos separados (passo 1 e 2). Colocaram o número de sintomas reportados e a média da gravidade percebida dos sintomas no bloco 3, o número de atribuições dos sintomas sobre o tratamento no bloco 4 e as crenças sobre as consequências da doença no bloco 5.</p> <p>Quando colocados juntos no bloco 3, a média da gravidade percebida dos sintomas foi um preditor significativo de ansiedade, enquanto o número de sintomas reportados não. No entanto, no último bloco, apenas as crenças sobre as consequências da doença e a média da gravidade percebida dos sintomas produziu contribuições significativas em prever a ansiedade. As crenças sobre as consequências previram 15% de variação ($\Delta r^2=0.152$, $\beta=0.430$, $t=3.845$, $p<0.001$), e a média da gravidade percebida dos sintomas previu 7% de variação ($\Delta r^2=0.075$, $\beta=0.336$, $t=2.944$, $p<0.005$). A equação final explicou quase 30% de variância ($r^2_{ajustado}=0.296$) em estados de ansiedade experimentados pelos doentes oncológicos durante a fase de tratamento $F(8,63)=4.732$, $p<0.001$).</p> <p>b) Depressão</p> <p>Tal como na ansiedade, colocaram as variáveis sociodemográficas e clínicas em 2 blocos distintos (passos 1 e 2). Colocaram o número de sintomas reportados e a média da gravidade percebida dos sintomas no bloco 3, o número de atribuições dos sintomas à doença no bloco 4 e as crenças sobre as consequências da doença no bloco 5.</p> <p>Embora tanto o número de sintomas reportados como o número de atribuições dos sintomas à doença tenham</p>
--	--

	<p>produzido contribuições significativas na fase inicial, apenas as crenças sobre as consequências da doença permaneceram significativas no final da equação ($\Delta r^2=0.047$, $\beta=0.277$, $t=2.178$, $p<0.033$). A equação final explicou quase 20% de variância ($r^2_{ajustado}=0.197$) em estados de depressão $F(8,63)=3.180$, $p<0.004$).</p> <p><u>Análises mediadoras</u></p> <p>Não se confirmaram correlações significativas entre o número de sintomas reportados e o <i>distress</i>, bem como entre o número de atribuições dos sintomas à doença ou ao tratamento e o <i>distress</i> nas análises de regressões múltiplas, o que sugere possível efeito mediador entre variáveis.</p> <p>Foram conduzidas uma série de análises de regressão múltipla hierárquica para examinar as seguintes hipóteses:</p> <p>As atribuições causais dos sintomas e as representações da doença medeiam a relação entre (a) o número de sintomas reportados e a ansiedade, (b) o número de sintomas reportados e a depressão, (c) a gravidade percebida dos sintomas e a ansiedade.</p> <p>Não foram realizadas análises mediadoras para examinar a ligação entre a gravidade percebida dos sintomas e a depressão, porque a relação entre estas e as crenças sobre as consequências da doença não foram significativas. Embora correlacionada significativamente com o número de sintomas atribuídos ao tratamento, esta variável não estava relacionada com a depressão.</p> <p>Foram realizados 3 conjuntos de análises de mediação consistindo em análises de regressão separadas (3 passos para testar a mediação). Para cada regressão foi introduzida a informação sociodemográfica e clínica no bloco 1, controlando assim o seu efeito em cada etapa. Não foram incluídas as crenças na cura em nenhuma</p>
--	--

	<p>das análises, porque as suas associações com o número e a média da gravidade percebida dos sintomas e com a ansiedade e a depressão não foram significativas.</p> <p>O primeiro conjunto de análises regressivas serviu para examinar se a relação entre o número de sintomas e a ansiedade continua a produzir efeito após controlar as crenças sobre as consequências da doença e o número de sintomas atribuídos ao tratamento. A primeira regressão utilizando a ansiedade como variável dependente, demonstrou uma relação significativa entre o número de sintomas reportados e a ansiedade ($\beta=0.329$, $t=2.549$, $p<0.013$). As outras duas regressões utilizando as crenças sobre as consequências da doença e o número de sintomas atribuídos ao tratamento como variáveis de critério, demonstrou uma relação significativa entre o número de sintomas reportados e as crenças sobre as consequências da doença ($\beta=0.404$, $t=3.210$, $p<0.02$) e o número de sintomas reportados e o número de sintomas atribuídos ao tratamento ($\beta=0.830$, $t=12.695$, $p<0.0005$). Na última análise, com a ansiedade como variável dependente, considerou-se como preditores quer o número de sintomas reportados e as crenças sobre as consequências quer o número de sintomas reportados e o número de sintomas atribuídos ao tratamento, em duas análises regressivas distintas. Os resultados sugeriram que as crenças sobre as consequências mediavam uma relação entre o número de sintomas reportados e a ansiedade ($\beta=0.417$, $t=3.583$, $p<0.001$), porque o valor de beta para o número de sintomas reportados reduziu de 0.329 ($t=2.549$) para 0.161 ($t=1.257$, $p<0.213$). O efeito do número de sintomas atribuídos ao tratamento na ansiedade não foi significativo.</p> <p>O segundo conjunto de análises examinou a relação entre o número de sintomas reportados e a depressão, explorando o possível efeito de mediação das crenças</p>
--	---

	<p>sobre as consequências e do número de sintomas atribuídos à doença. Não foram introduzidos os resultados do número de sintomas atribuídos ao tratamento neste conjunto, dado que a relação com a ansiedade não foi significativa. O número de sintomas reportados previu significativamente a depressão ($\beta=0.397$, $t=3.076$, $p<0.003$). De seguida foram conduzidas mais 2 análises regressivas utilizando os resultados das crenças sobre as consequências e os resultados do número de sintomas atribuídos à doença enquanto variáveis dependentes, o que determinou uma relação significativa entre o número de sintomas reportados e as crenças sobre as consequências ($\beta=0.404$, $t=3.210$, $p<0.02$) e o número de sintomas reportados e o número de sintomas atribuídos à doença ($\beta=0.449$, $t=3.583$, $p<0.001$). Na etapa final, com a depressão enquanto variável dependente, introduziram o número de sintomas reportados e as crenças sobre as consequências numa análise de regressão e o número de sintomas reportados e o número de sintomas atribuídos à doença noutra análise de regressão. Novamente os resultados sugeriram que as crenças sobre as consequências medeiam pelo menos parcialmente a relação entre o número de sintomas e a depressão ($\beta=0.324$, $t=2.681$, $p<0.009$), porque o valor de beta para o número de sintomas reportados reduziu de 0.397 ($t=3.076$) para 0.266 ($t=2.007$, $p<0.049$), embora permanecendo uma relação entre o número de sintomas e a depressão ainda significativa. O valor de beta do número de sintomas reportados e a depressão reduziu de 0.405 para 0.292 quando foi controlado o número de sintomas atribuídos à doença, mas a relação foi significativa ($p<0.046$). É de realçar, no entanto que, quando introduzidas as variáveis, número de sintomas atribuídos à doença e crenças sobre as consequências ao mesmo tempo, o efeito do número de sintomas</p>
--	---

<p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p>reportados sobre a depressão não foi significativo ($\beta=0.221$, $t=1.603$, $p<0.114$).</p> <p>No terceiro conjunto de análises regressivas testaram a relação entre a média da gravidade percebida dos sintomas e a ansiedade, controlando os possíveis efeitos mediadores do número de sintomas atribuídos ao tratamento. Utilizando a ansiedade como variável dependente, demonstrou-se na primeira regressão uma relação significativa entre a média da gravidade percebida dos sintomas e a ansiedade ($\beta=0.389$, $t=3.250$, $p<0.002$). Outra análise regressiva com o número de sintomas atribuídos ao tratamento enquanto variável dependente demonstrou uma relação significativa entre os resultados desta e da média da gravidade percebida dos sintomas ($\beta=0.263$, $t=2.368$, $p<0.021$).</p> <p>Na análise regressiva final com a ansiedade enquanto variável dependente (novamente), introduziram os resultados da média da gravidade percebida dos sintomas e do número de sintomas atribuídos ao tratamento dentro do mesmo bloco. A relação entre a média da gravidade percebida dos sintomas e a ansiedade permaneceu significativa ($\beta=0.348$, $t=2.798$, $p<0.007$), mas a relação entre o número de sintomas atribuídos ao tratamento e a ansiedade mostrou-se insignificante.</p> <p>Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos?</p> <p>Não está descrita. Não se aplica.</p>
--	--

<u>CONCLUSÕES E</u>	<u>O que o estudo concluiu?</u>
<u>IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:</u>	
<p>As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Tanto as atribuições causais sobre os sintomas relacionados com o tratamento ou doença, como o número de sintomas atribuídos à doença, não estão significativamente correlacionados com a ansiedade.</p> <p>O número de sintomas atribuídos ao tratamento está positivamente correlacionado com a ansiedade. No entanto, a regressão múltipla demonstrou que o valor deste é negligenciável, desde que controlado o efeito das crenças sobre as consequências.</p>
<p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>As crenças sobre as consequências da doença e do tratamento mostraram-se como importantes preditores da ansiedade durante o tratamento. As crenças sobre as consequências também serviram como importante mediador entre o número de sintomas reportados e a ansiedade.</p> <p>Concluindo, o modelo de crenças, nomeadamente as crenças sobre as consequências, medeiam o impacto dos sintomas dos doentes no seu estado de humor, o que é consistente com a teoria de autorregulação de Leventhal.</p> <p>Foi encontrada uma relação positiva entre as percepções dos doentes acerca da gravidade dos seus sintomas e a ansiedade (o que vai contra o que alguns estudos indicam). No entanto, noutros estudos os sintomas foram estudados individualmente, o que pode explicar as diferenças; neste estudo o autor opta por não o fazer para evitar erros do tipo I. Esta relação não parece ser mediada pelas crenças sobre as consequências, nem pelo número de sintomas atribuídos à doença.</p> <p>Por sua vez, o número de sintomas atribuídos ao tratamento está relacionado com (a) a média da gravidade percebida dos sintomas e (b) a ansiedade. No entanto, não foi visível um papel mediador importante entre (a) e (b). Por este motivo, podemos concluir que a gravidade percebida dos sintomas durante a</p>

	<p>quimioterapia pode ser um preditor independente da ansiedade. No entanto, a ansiedade só por si pode levar os doentes a perceberem os seus sintomas de forma mais severa, assim como outros estudos também indicam a possibilidade do tipo de <i>coping</i> que o doente está a utilizar poder servir como mediador entre a gravidade percebida dos sintomas e a ansiedade durante a quimioterapia.</p> <p>Nas análises de mediação podemos concluir que a relação entre o número de sintomas reportados e a depressão atribuir determinados sintomas à doença é importante na redução da associação entre o número de sintomas reportados e a depressão. No entanto, isto só ocorreu em combinação com as crenças sobre as consequências, as quais só por si parcialmente medeiam a relação. A média da gravidade percebida dos sintomas não desempenha um papel importante na explicação da depressão apresentada durante a quimioterapia, desde que incluídas outras variáveis na análise. As crenças sobre as consequências foram a única variável que previu significativamente a depressão nos doentes com cancro durante a quimioterapia, nas últimas etapas da regressão múltipla.</p> <p>Ao contrário do que é sugerido por outros estudos, no presente estudo, os sintomas específicos (como a dor, a fraqueza, a fadiga) não eram os mais comumente associados com a doença, comparativamente com os secundários ao tratamento de quimioterapia. Neste estudo, os 22 sintomas avaliados foram mais comumente associados ao tratamento. É possível que, desde os estudos anteriores até ao presente, os doentes tenham ganho uma melhor compreensão sobre o potencial efeito da quimioterapia. No entanto, é provável que não seja simplesmente a associação dos sintomas com a doença, mas também o significado atribuído aos sintomas que é importante.</p>
--	--

	<p>Os resultados deste estudo também não suportam a proposta de outro autor, segundo a qual os efeitos secundários da quimioterapia podem ser usados pelos doentes para avaliar a eficácia do seu tratamento. Uma tendência para atribuir sintomas ao tratamento demonstrou não ter associação com as crenças sobre a doença, o que sugere que a maioria das pessoas não utiliza os sintomas físicos que experiencia durante a fase do tratamento, para avaliar a eficácia do seu tratamento. Pode ser que os doentes utilizem mais facilmente sintomas relacionados, tal como nódulos palpáveis, como método para determinar a eficácia do tratamento. As crenças acerca da cura foram de pouco importância em prever a ansiedade ou a depressão durante a quimioterapia. Alguns participantes reportaram achar as questões relacionadas com as crenças acerca da cura difíceis de responder, com muitos participantes a referirem que simplesmente não tinham crenças relacionadas com a cura, o que reflete a incerteza que os doentes têm acerca do seu futuro. Além disso, a maioria das respostas positivas refletiam uma expressão de esperança em vez de uma crença forte.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Apesar de incompletos, os resultados sugerem que o desenvolvimento de futuras intervenções destinadas a reduzir a ansiedade e a depressão durante a quimioterapia nos doentes com cancro devem ser consideradas tendo em conta as cognições da doença e, particularmente, as crenças dos doentes sobre as suas consequências. Existe evidência que estas intervenções são de sucesso ao melhorarem os resultados em outras doenças e que podem mesmo melhorar a experiência de dor relacionada com o cancro.</p>
--	---

	<p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p> <p>Neste estudo utilizou-se um grupo de doentes com diferentes tipos de cancro, o que pode ter sido problemático.</p> <p>Talvez tivesse sido um preditor de bem-estar nesta população medir a esperança acerca do futuro em vez das crenças acerca da cura.</p> <p>O estudo foi transversal o que limitou as conclusões acerca da direção causal dos resultados.</p> <p>No futuro, deveriam ser realizados estudos prospetivos, examinando as crenças da doença antes, durante e após a QT. Deveria também examinar-se os tipos específicos de cancro enquanto controlam os possíveis efeitos associados ao estadio da doença e prognóstico. Adiantam ainda a necessidade de se desenvolver e avaliar intervenções para minimizar o impacto psicológico do tratamento do cancro porque o efeito das intervenções dos estudos correntes foi considerado pequeno.</p>
--	---

ANEXO 7

Estudo 3: Formulário de Avaliação Crítica Adaptado

CAN WE PREDICT WHICH HEAD AND NECK CANCER SURVIVORS DEVELOP FEARS OF RECURRENCE? (E3)

Carrie D. Llewellyn, John Weinman, Mark McGurk, Gerry Humphris

Journal of Psychosomatic Research 65 (2008) 525-532 United Kingdom

O título reflete o seu conteúdo?

☒ Sim ☐ Não

Os autores são credíveis possuem habilitações académicas e atividade profissional relevantes para a investigação?

☒ Sim ☐ Não

O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?

☒ Sim ☐ Não

REVISÃO DA

LITERATURA:

A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está compreensível?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está atualizada?

☒ Sim

☐ Não

OBJETIVOS/FINALIDADE

DO ESTUDO:

Os objetivos estão claramente descritos?

☒ Sim

☐ Não

Descreva a pertinência deste estudo.

Os sobreviventes de cancro de cabeça e pescoço (CCP) sofrem uma enorme sobrecarga o que conduz ao aumento de sintomas depressivos, bem como à diminuição da qualidade de vida, sendo que entre 50% a 83% destes indivíduos se encontra ainda associado o medo de recorrência da doença.

O medo de recorrência da doença está relacionado com o desenvolvimento de stress pós-traumático e a hábitos tabágicos aumentados o que, por sua vez, confere um maior risco de recorrência do CCP. Assim, a pertinência do estudo reside na identificação dos doentes com índices de preocupação mais acentuados, de forma a promover uma adequada autogestão da sua doença.

Descreva os objetivos/ finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?

Investigar os preditores longitudinais relacionados com o medo de recorrência da doença em sobreviventes com CCP, utilizando o modelo de autorregulação de Leventhal.

Questões de investigação:

	<ul style="list-style-type: none"> - Em que medida os doentes com CCP reportam o medo de recorrência da doença? - Em que medida o medo de recorrência da doença é considerado uma manifestação da doença relacionada com a ansiedade? - Os medos de recorrência da doença estão melhor relacionados com os atuais sintomas, fatores relacionados com doença ou tratamento ou fatores sociodemográficos/ psicológicos? - Quais os fatores que são preditores de medos de recorrência a longo prazo? <p>Este estudo aplica-se à questão de investigação desta revisão, na medida em que reconhecendo que o medo de recorrência da doença afeta a qualidade de vida dos doentes com CCP, a sua identificação permitirá uma atuação mais eficaz na autogestão da doença.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva. Não existem hipóteses formuladas.</p>
<p><u>DESENHO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Experimental <input type="checkbox"/> Quasi-experimental <input checked="" type="checkbox"/> Não Experimental <input type="checkbox"/> Randomizado <input type="checkbox"/> Coorte <input type="checkbox"/> Estudo de caso único <input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção <input type="checkbox"/> Caso-controle <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input checked="" type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Preditivo <input type="checkbox"/> Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Longitudinal 	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p> <p>Estudo não experimental, descritivo e longitudinal.</p> <p>Uma amostra de doentes com CCP foram recrutados para um estudo prospetivo, utilizando medidas repetidas e questões destinadas a entender até que ponto os doentes tinham receio da recorrência do cancro e quais os níveis de ansiedade que vivenciavam.</p> <p>O desenho parece adequado ao estudo, dado que existe pouca literatura que se dedique a estudar a influência do medo de recorrência na qualidade de vida dos doentes, utilizando a teoria de autorregulação do comportamento de saúde de Leventhal, tornando-se importante estudar as relações entre estas variáveis em diferentes momentos.</p>

<p><u>MÉTODO, AMOSTRA:</u></p> <p>N= 82 (1º momento) N= 50 (2º momento)</p> <p>A amostra foi descrita detalhadamente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>A amostra é representativa da população?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sem dados para resposta</p> <p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?).</p> <p>Durante o período decorrido entre Julho de 2003 e Julho de 2004 foram recrutados consecutivamente doentes em 4 clínicas de cancro de cabeça e pescoço de alguns hospitais de Inglaterra.</p> <p><u>Critérios de inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Doentes com diagnóstico inicial e histologia confirmada de tumor primário de cabeça e pescoço; - Serem adultos. <p><u>Momento 1 (T1):</u> Dados obtidos no período compreendido entre a confirmação do diagnóstico e antes do tratamento: aplicado questionário auto preenchido + registos clínicos;</p> <p><u>Momento 2 (T2):</u> 6-8 meses após todos os tratamentos terminados (questionário auto-preenchido).</p> <p>O follow-up dos doentes terminava aos 6-8 meses após tratamentos, ou em caso de recorrência da doença, em tratamento paliativo ou morte.</p> <p>Tipo de amostragem: não probabilística e intencional.</p> <p>Havia mais de um grupo? Foram emparelhados?</p> <p>Não existiam outros grupos.</p> <p>Quais as características da amostra?</p> <p>Não foram apresentadas as características da amostra.</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p> <p>Uma amostra de 82 novos casos diagnosticados com CCP foi incluída na fase inicial do estudo (T1). Seis a oito meses após o tratamento 50 doentes completaram o questionário (61% de taxa de retenção). No total 6% dos doentes morreram durante o estudo, 17% apresentaram</p>
--	--

<p><u>MÉTODO, INTERVENÇÃO:</u></p> <p>A intervenção está descrita detalhadamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A “contaminação” foi evitada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><u>MÉTODO, INSTRUMENTOS DE COLHEITA DOS DADOS:</u></p>	<p>recorrência da doença, 2% foram propostos para terapêutica paliativa e um doente teve complicações graves após a cirurgia.</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os sujeitos assinaram o termo de consentimento?</p> <p>Pedido de autorização à comissão de ética dos hospitais na região sudeste de Inglaterra, onde foi desenvolvido o estudo. Obtido consentimento informado junto dos participantes.</p> <p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico).</p> <p>Não se aplica.</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica?</p> <p>Não se aplica.</p> <p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas.</p>
--	--

<p>As medidas utilizadas estão descritas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>As medidas apresentam validade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>1. <u>Questionário sociodemográfico e clínico:</u></p> <p>Idade, género, etnia, estado civil e escolaridade; localização do tumor, estadio da doença e tipo de tratamento.</p> <p><u>Instrumentos utilizados apenas em T1:</u></p> <p>2. <u>IPQ-R Illness Perception Questionnaire – Revised (Moss-Morris, 2002):</u></p> <p>Avalia as crenças dos doentes e a sua compreensão acerca da sua doença; fornece uma avaliação quantitativa da natureza e da força das crenças dos doentes. Utilizadas 7 subescalas: identidade (α=n.a.), duração aguda/crónica (α=0.88), duração cíclica (α=0.74), consequências (α=0.69), controlo pessoal (α=0.61), coerência (α=0.78) e representação emocional (α=0.87). Para todas as subescalas, à exceção da identidade foi utilizada uma escala de concordância de Likert de 5 pontos, desde (1) “discordo plenamente” ao (5) “concordo plenamente”, com valores altos a indicar fortes crenças.</p> <p>3. <u>LOT-R Life Orientation Test – Revised (Scheier, M.F. & Carver C.S., 1987):</u></p> <p>Questionário curto, com 6 itens, que avalia o otimismo (generalizado). Apresenta razoável fidelidade (α=0.74). Utilizada uma escala de Likert de 5 pontos, desde (1) “discordo bastante” ao (5) “concordo bastante”, com valores elevados a indicar um nível elevado de otimismo.</p> <p>4. <u>Brief COPE (Carver, C.S., 1997):</u></p> <p>Avalia o coping situacional. Questionário curto, validado e multidimensional, com 28 itens da escala COPE que acede às estratégias adaptativas e não adaptativas de coping. Utilizados 14 subescalas, tendo os valores de α de Cronbach variado entre 0.29 e 0.92.</p>
--	--

<p><u>MÉTODO, ANÁLISE DOS DADOS:</u></p> <p>Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Os valores mais altos indicam o uso mais frequente de uma estratégia de coping em particular.</p> <p>5. <u>HADS Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond, A., Snaith R., 1983):</u></p> <p>Fornece uma medida do estado de ansiedade ou depressão. Escala validada de 14 itens. Boa fidelidade (α de Cronbach de 0.89 para a subescala de ansiedade e de 0.81 para a subescala de depressão). Valores altos indicam elevada ansiedade ou depressão. Resultados para ambas as subescalas podem variar entre 0 e 21 com os valores iguais ou superiores a 11 a indicarem provável patologia psicológica.</p> <p><u>Instrumento utilizado em T1 e T2:</u></p> <p>6. Para avaliar o medo de recorrência (FOR – <i>fear of recurrence</i>) foi questionado aos doentes “No último mês com que frequência se preocupou com a possibilidade do cancro reaparecer?”, para o qual existem 5 opções de resposta “nenhuma vez”, “raramente”, “ocasionalmente”, “frequentemente” e “sempre”, podendo os valores variar entre 1 e 5, com os valores mais altos a indicarem elevado medo de recorrência da doença. Este instrumento foi utilizado por outros autores, inclusivamente por Leventhal, também foi anteriormente aplicado em doentes com CCP.</p> <p>Descreva as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados?</p> <p><u>Estatística descritiva</u></p> <p>Cálculo de médias, desvios-padrão, medianas, intervalos e α de Cronbach, relativamente às representações da</p>
---	--

	<p>doença, coping, otimismo, ansiedade e depressão em T1.</p> <p><u>Estatística inferencial</u></p> <p>Testes t independentes para observar as diferenças no medo da recorrência ao longo do tempo, testes de qui quadrado, testes de Cramer's V, todos com o intuito de avaliar as diferenças entre a amostra em T1 e em T2.</p> <p>Cálculos dos coeficientes de correlação de Spearman e Person para avaliarem as relações entre medo de recorrência e as variáveis psicológicas, clínicas e sociodemográficas.</p> <p>Regressão multivariada às variáveis consideradas significativamente relacionadas com o medo de recorrência.</p> <p>Modelos de equações estruturais com o intuito de avaliar em que medida a ansiedade e o otimismo antes do tratamento previu o medo de recorrência, enquanto se controlou o nível inicial de medo de recorrência. Foi aplicado o <i>Maximum Likelihood (ML) estimation</i> e suplementado com o <i>1000 Bollen-Stine bootstrap replications</i>. Ambos os testes foram bicaudais.</p>
<p><u>RESULTADOS:</u></p> <p>Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < 0,05$)?</p> <p><u>Q1: Em que medida os doentes com CCP referiram medo de recorrência da doença?</u></p> <p>Os resultados das médias do medo de recorrência basal (T1) e no follow-up (T2) foram de 2.8 e 2.6 respetivamente. O que corresponde a preocupar-se que o cancro possa voltar "ocasionalmente". Previamente ao tratamento, 24 doentes (31%) referiram preocuparem-se frequentemente ou sempre acerca da possibilidade do cancro recorrer. Na fase de follow-up este número reduziu para 6 doentes (12%). No entanto, as análises estatísticas mostraram que os níveis de preocupação acerca da recorrência não foram suficientemente maiores na fase inicial [média (DP)=2.81 (1.09)] do que</p>

	<p>na fase de follow-up [média (DP)=2.58 (0.95)] ($t=0.68$, $df=48$, $p>0.05$), indicando portanto que os medos não reduzem significativamente ao longo do tempo.</p> <p><u>Questão 2: Em que medida o medo de recorrência representa uma manifestação de ansiedade?</u></p> <p>Tal como esperado foram encontradas associações significativas entre ansiedade e medo de recorrência na avaliação inicial ($r=0.46$, $p=0.001$) e o follow-up, sendo que a variância explicada é de 35% e 21% respetivamente, demonstrando que existem outros fatores importantes na previsão dos medos de recorrência.</p> <p><u>Questão 3: O medo de recorrência é melhor relacionado com os sintomas, a doença e aspetos relacionados com o tratamento ou com os fatores sociodemográficos e psicológicos?</u></p> <p>Incrementos a longo prazo do medo de recorrência foram associados com perceções de maiores consequências de poder ter doença ($r=0.39$; $p\leq 0.005$) e maiores representações emocionais na fase inicial ($r=0.38$, $p\leq 0.01$). As estratégias de coping foram também positivamente associadas com os medos, tal como a negação ($r=0.29$, $p\leq 0.05$), reenquadramento positivo ($r=0.33$, $p\leq 0.05$), prática de religião ($r=0.29$, $p\leq 0.05$) e planeamento ($r=0.41$, $p\leq 0.005$).</p> <p>Os indivíduos que referiram baixos níveis de otimismo na fase inicial estavam mais propensos a ter elevados níveis de medo de recorrência após o tratamento.</p> <p>O medo de recorrência não estava associado com nenhum dos fatores sociodemográficos, relacionados com a doença, tratamento ou sintomas.</p> <p><u>“Path diagrama”</u></p> <p>Para avaliar como a ansiedade e o otimismo previamente</p>
--	---

<p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p>ao tratamento (fase inicial) previam o medo de recorrência enquanto se controlava os níveis iniciais de medo de recorrência da doença, construiu-se um “<i>path diagrama</i>”.</p> <p>As estatísticas do qui quadrado não foram significativas ($\chi^2=5.26$, $df=4$, $p=0.26$) o que sugere que o ajuste dos dados foi adequado. O índice de ajuste comparativo (CFI – comparative fit index, adequado para amostras mais pequenas) foi também calculado com valores superiores a 0.95 sugerindo um modelo bem ajustado – modelo de equações estruturais. O CFI foi de 0.98. O erro da raiz quadrada de aproximação que é menos sensível ao tamanho da amostra indica um ajuste aceitável nos níveis abaixo 0.1 e fornecem um índice de 0.08. Foram aplicados outros modelos de ajuste mas sem benefícios. Desenvolvida uma análise de follow up bootstrapped com 1000 replicações para testar a robustez do modelo. O valor de p associado com o Bollen-Stine bootstrap do ajuste do modelo foi de 0.36 o que foi similar com o valor de p associado ao maximum likelihood χ^2. Consequentemente, a estabilidade dos resultados pode ser interpretada como sendo alta apesar do pequeno tamanho da amostra. De acordo com o diagrama, o medo de recorrência no follow-up foi diretamente previsto por 2 variáveis: níveis basais de medo e otimismo. Os coeficientes de equações estruturais para estas variáveis foram 0.53 e -0.31, respetivamente, indicando que elevados níveis de medos prévios ao tratamento e baixos níveis de otimismo levam diretamente a elevados níveis de medo de recorrência após os tratamentos.</p> <p>Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos?</p> <p>Não está descrita. Não se aplica.</p>
--	--

<p><u>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:</u></p> <p>As conclusões estão coerentes com questões/ hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p>Aproximadamente um terço da amostra experimentou medos “frequentemente” ou “sempre”. Na amostra de follow-up, os níveis não diferiram significativamente antes e após os tratamentos e apenas 12% apresentou elevados níveis de medo (referindo sentir medo frequentemente ou sempre). Embora os medos tenham sido descritos como diminuindo ao longo do tempo nos doentes oncológicos, outros autores argumentaram que o medo de recorrência vai-se mantendo relativamente constante ao longo do tempo. Uma explicação para estes padrões de medo ao longo do tempo, descritos na literatura e observados neste estudo, é a que os doentes com os medos mais elevados após os tratamentos saíram da amostra por causa dos altos níveis de ansiedade, recorrência da doença e da morte. Apesar da pequena porção de doentes a referir altos níveis de medo nos dois momentos, aproximadamente 60% dos sobreviventes deste estudo permaneceu com medo 6-8 meses depois do tratamento.</p> <p>Neste estudo foram demonstradas relações entre ansiedade e medo de recorrência pré e pós tratamento. No entanto, entre um quinto e um terço da variação em medos de recorrência podem ser representados por ansiedade, indicando que embora o <i>distress</i> esteja implicado, os medos são acionados mais provavelmente por outros fatores.</p> <p>Pode ser argumentado que o medo de recorrência não é surpreendente, tendo em conta os elevados rácios de recorrência dos doentes com CCP; no entanto, poucos estudos investigaram se o medo de recorrência pode ser considerado irracional ou se esses medos são percebidos enquanto intrusos. Neste estudo, embora não fosse o objetivo estudar esse tema, não foram encontradas relações entre a doença e fatores</p>
--	--

	<p>relacionados com o tumor e os medos, nas fases inicial ou pós tratamento. No entanto, a preocupação relacionada com o cancro demonstrou relacionar-se com a persistência dos sintomas como a dor e a alteração da imagem corporal. Neste estudo demonstrou-se que as consequências estão relacionadas na direção esperada, e também as representações emocionais da doença, por outro lado a duração (aguda/crónica) não se encontra relacionada. Os mesmos autores não especificaram em que momento estas relações podem ocorrer, sendo possível que relações mais fortes entre crenças e medos (especialmente a duração) surjam logo após os tratamentos.</p> <p>Os resultados deste estudo indicaram que a negação está positivamente correlacionada com medos de longa duração, e também o uso da religião e a reavaliação positiva, embora a utilização de estratégias de planeamento esteja mais fortemente correlacionada com o medo de recorrência. Ficou também demonstrada que as relações entre os medos de recorrência de longa duração e os componentes do modelo de senso comum (representações de doença e coping) e o distress (ansiedade) na fase inicial foram ultrapassadas pelo otimismo. Apesar disso, uma relação mais complexa pode existir pelo que o otimismo medeia as crenças dos doentes e o distress. Uma amostra maior poderia ter revelado inter-relações mais complexas.</p> <p>A análise do “path diagrama” permitiu verificar que as relações entre ansiedade, otimismo e medo de recorrência demonstraram que os níveis iniciais de otimismo, de forma independente, eram preditores de medos de longa duração. Elevados níveis de otimismo eram preditores de baixos medos de 6-8 meses após o tratamento.</p> <p>Os medos só foram elevados em 12% da amostra deste estudo e não foi intenção medir a intromissão destes</p>
--	---

	<p>medos. É provável que os efeitos benéficos da gestão do stress cognitivo-comportamental possa depender dos níveis de medo de recorrência serem um problema significativo para o indivíduo. No entanto, a intensidade do medo e a persistência após o tratamento é de preocupação óbvia quando se encontra relacionada com desordens emocionais.</p> <p>Se o medo da recorrência pode ser trazido pelos sintomas, este estudo falhou por não encontrar as associações entre medos e identidade (uma medida dos sintomas atuais). Embora alguma quantidade de medo relacionada com a recorrência parece ser comum entre esta amostra, elevados níveis podem ser considerados intrusivos e estes doentes poderiam beneficiar de intervenções para reduzir os medos persistentes.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Um terço dos doentes com CCP, no momento do diagnóstico, refere altos níveis de medo de recorrência, com 12% referindo estes níveis de medo 6-8 meses após tratamentos. Embora os componentes do modelo de senso comum de Leventhal (representações cognitivas e emocionais e estratégias de coping) terem sido associados com o medo de recorrência, o otimismo demonstrou ser o melhor preditor do medo, independentemente da ansiedade e do nível de medo referido antes do tratamento. Estes resultados têm implicações para ambas as intervenções baseadas nas técnicas cognitiva-comportamentais e para providenciar as garantias adequadas durante as consultas de vigilância. Apesar da evidência parecer convincente acerca do papel do otimismo nos resultados benéficos após a doença, a relação entre fatores relacionados com estados psicológicos e imunológicos constitui uma área emergente de investigação.</p>
--	--

	<p>Quais foram as principais limitações ou erros do estudo?</p> <p>Limitações: (a) a medida do resultado (medo de recorrência) advém da Easterling and Leventhal's "worry about cancer scale", que consistiu na opção por um único item dado o número de instrumentos utilizados no questionário administrado; (b) a inclusão de escalas com baixos valores de alfa de Cronbach no modelo de regressão por ter levado a subestimação das associações; (c) a relativa alta taxa de atrito/ desgaste limita a generalização dos resultados; (d) o número modesto de participantes.</p>
--	---

ANEXO 8

Estudo 4: Formulário de Avaliação Crítica Adaptado

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PATIENT GENERATED INDEX (PGI) AND MEASURES OF HR-QOL FOLLOWING DIAGNOSIS WITH HEAD AND NECK CANCER: ARE ILLNESS AND TREATMENT PERCEPTIONS DETERMINANTS OF JUDGMENT-BASED OUTCOMES? (E4)

C. D. Llewellyn, M. McGurk, J. Weinman

British Journal Of Health Psychology 12 (2007), 421-437 United Kingdom

O título reflete o seu conteúdo?

☒ Sim ☐ Não

Os autores são credíveis?

☒ Sim ☐ Não

O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?

☒ Sim ☐ Não

REVISÃO DA

LITERATURA:

A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está compreensível?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está atualizada?

☒ Sim

☐ Não

Descreva a pertinência deste estudo.

A taxa de sobrevivência aos 5 anos dos doentes com CCP é de aproximadamente 50%, pelo que o estudo da qualidade de vida se tornou uma importante medida a ter em conta. Contudo, o conceito de qualidade de vida é bastante subjetivo, existindo inúmeros instrumentos de avaliação que pecam por não serem mais individualizados. Assim, seria extremamente útil incluir nestes instrumentos de medida as representações de doença e de tratamento, conceitos da teoria de autorregulação de Leventhal, o que poderia explicar a razão pela qual diferentes doentes com experiências comparáveis (ex. doentes com CCP) têm diferente qualidade de vida. Deste modo, talvez fosse possível responder ao que os fatores sociodemográficos ou fatores relacionados com a doença ou tratamento não conseguem responder.

A pertinência deste estudo reside no facto de existirem poucos estudos publicados que avaliem o impacto dos fatores psicológicos nos resultados (ex. qualidade de vida) dos doentes com CCP de uma perspetiva de autorregulação.

<p><u>OBJETIVOS/FINALIDADE DO ESTUDO:</u></p> <p>Os objetivos estão claramente descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva os objetivos/ finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permitir uma melhor compreensão dos tipos de crenças que os doentes com CCP possuem previamente aos tratamentos e demonstrar como estas crenças se relacionam com os tipos de coping; 2. Avaliar em que medida os 2 tipos de mensuração de qualidade de vida (genérica e específica para oncologia) e uma medida centrada no doente (Patient Generated Index – PGI) estão relacionadas umas com as outras; 3. Perceber em que medida a HR-QoL (Health Related Quality of Life) e a PGI pré tratamento é explicada pelas variáveis psicológicas, particularmente os fatores especificados na teoria de autorregulação. <p>Os objetivos definidos vão de encontro à questão de investigação da nossa revisão, na medida em que conhecendo as representações de doença dos indivíduos com CCP e reconhecendo que estas influenciam a qualidade de vida destes, por conseguinte vão afetar a autogestão da sua própria doença.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>Hipótese nulas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) As perceções de doença e de tratamento previamente aos tratamentos não estarão associadas com a utilização de estratégias adaptativas de coping. (2) Não existirá relação entre as avaliações da HR-QoL e a PGI. (3) As crenças associadas à doença e ao tratamento não explicarão uma variância significativa na HR-QoL. (4) As crenças associadas à doença e ao tratamento não explicarão uma variância significativa na PGI.
<p><u>DESENHO:</u></p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está</p>

<input type="checkbox"/> Experimental <input type="checkbox"/> Quasi-experimental <input checked="" type="checkbox"/> Não experimental <input type="checkbox"/> Randomizado <input type="checkbox"/> Coorte <input type="checkbox"/> Estudo de caso único <input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção <input type="checkbox"/> Caso-controle <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input checked="" type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Preditivo <input checked="" type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Longitudinal	<p>adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p> <p>Estudo não experimental, descritivo e transversal.</p> <p>O desenho parece adequado ao estudo, dado que embora existam vários estudos que se debrucem sobre a qualidade de vida dos doentes com CCP, existe pouca literatura que se dedique a explorar as relações entre as representações de doença e a qualidade de vida destes.</p>
<p><u>MÉTODOS, AMOSTRA:</u></p> <p>N= 82</p> <p>A amostra foi descrita detalhadamente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para ao tamanho da amostra?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>A amostra é representativa da população?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sem dados para resposta</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?).</p> <p>Entre Julho de 2003 e Agosto de 2004, os doentes com diagnóstico confirmado de carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço foram recrutados consecutivamente a partir de 4 hospitais do sudeste de Inglaterra, para inclusão neste estudo.</p> <p>Tipo de amostragem: não probabilística e intencional.</p> <p>Os dados foram obtidos no período próximo da confirmação do diagnóstico, previamente aos tratamentos.</p> <p>Os doentes foram recrutados para repetir o questionário cerca de 8 meses após os tratamentos, <u>no entanto neste estudo apenas são apresentados os dados prévios ao tratamento.</u></p> <p>Havia mais de um grupo? Foram emparelhados?</p> <p>Não existia(m) outro(s) grupo(s).</p> <p>Quais as características da amostra?</p> <p>Características sociodemográficas: Género 54 homens (66%) e 28 mulheres (34%); idade média 59.9 (mínima</p>

<p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><u>MÉTODO, INTERVENÇÃO:</u></p>	<p>23, máxima 89); 75 caucasianos (92%); 32 (39%) solteiros/ viúvos/ divorciados e 50 (61%) casados/ união de facto; 27 (33%) com nenhum nível de ensino, 15 (18%) com o ensino básico, 11 (13%) com o ensino médio, 10 (12%) com o ensino secundário e 16 (20%) com o ensino superior.</p> <p>Características clínicas: 19 (23%) no estadio I, 20 (24%) no estadio II, 12 (15%) no estadio III, 26 (32%) no estadio IV; 39 (47%) em estadios iniciais e 38 (47%) em estadios avançados; 22 (27%) propostos para cirurgia apenas, 21 (26%) propostos para radioterapia apenas, 26 (31%) propostos para cirurgia e radioterapia, 9 (11%) propostos para radioterapia e quimioterapia e 4 (5%) propostos para cirurgia, radioterapia e quimioterapia; quanto à localização do tumor 19 (23%) na língua, 17 (21%) laríngeo/ glote, 12 (15%) pavimento da boca, 12 (15%) orofaringe, 7 (9%) amígdala, outros.</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p> <p>De 108 doentes elegíveis para participar no estudo, 82 participaram (76% de taxa de recrutamento). Existe referência a 26 não respondentes, tendo sido colhidos os seus dados sociodemográficos e clínicos sem, no entanto haver justificativa para a sua exclusão do estudo. Não existe diferença estatística entre aqueles que participam no estudo e os que não puderam participar.</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os sujeitos assinaram o termo de consentimento?</p> <p>Pedido de autorização à comissão de ética dos hospitais na região sudeste de Inglaterra. Obtido consentimento informado junto dos participantes.</p>
--	--

<p>A intervenção está descrita detalhadamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A “contaminação” foi evitada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico).</p> <p>Não se aplica.</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica?</p> <p>Não se aplica.</p>
<p><u>MÉTODO, INSTRUMENTOS DE COLHEITA DOS DADOS:</u></p> <p>As medidas utilizadas estão descritas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>As medidas apresentam validade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas.</p> <p>(1) Informação sociodemográfica: idade, género, etnia, estado civil e escolaridade.</p> <p>(2) Informação clínica: localização do tumor, estadio da doença e tratamento proposto.</p> <p>(3) QLQ-C30 V.3 EORTC: questionário validado com 15 domínios que permitem avaliar a qualidade de vida do doente oncológico. Para este estudo apenas foi utilizada a escala geral de qualidade de vida/ estado de saúde. Valores elevados significam melhor qualidade de vida.</p> <p>(4) SF-12 V.2 MOS SHORT FORM HEALTH SURVEY:</p>

<p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>questionário curto de saúde que avalia a qualidade de vida em geral, composto por 12 itens, todos derivados da escala de saúde SF-36. A SF-12 é uma escala com 8 domínios sobre o perfil de saúde e que se foca em 2 vertentes: saúde física (PCS) e saúde mental (MCS). Os valores podem variar entre 0 e 100, com os mais elevados a corresponderem a um melhor funcionamento.</p> <p>(5)PGI PATIENT GENERATED INDEX: pretende fornecer uma medida que represente o efeito de uma determinada condição em alguns aspetos da vida dos doentes que estes considerem ser de maior importância. É completado em 3 etapas e o resultado final pode ser calculado. Este resultado representa a medida em que a realidade encontra ou deixa cair as esperanças e expectativas dos doentes nas áreas de vida por eles priorizadas.</p> <p>(6)IPQ-R: instrumento que avalia as crenças dos doentes e a compreensão que estes têm acerca da sua doença. Instrumento validado e de confiança (reliability). Fornece uma avaliação quantitativa da natureza e da força das crenças dos doentes acerca de 7 componentes. Quanto mais elevados os valores nestes componentes, mais fortes são as crenças.</p> <p>(7)BQM BELIEFS ABOUT MEDICINE QUESTIONNAIRE: originalmente concebido para avaliar as crenças dos doentes acerca dos medicamentos prescritos. É validado para aplicação em vários grupos de doenças. A escala BQM específica foi adaptada para avaliar as crenças dos doentes com CCP associadas ao tratamento, e compreende 2 subescalas que avaliam as crenças acerca da necessidade de tratamento e as preocupações relacionadas com os possíveis efeitos secundários e os efeitos perturbadores dos tratamentos. Valores elevados refletem crenças fortes acerca da necessidade de tratamento e fortes</p>
---	--

	<p>preocupações. (a palavra medicação foi substituída por tratamento).</p> <p>(8)HADS Hospital Anxiety and Depression Scale: escala validada utilizada para fornecer uma breve medida do estado de ansiedade e depressão. A confiança interna referida na literatura é de $\alpha=0.90$ para ambos os estados. Valores elevados indicam maior ansiedade ou depressão. Valores podem variar entre 0 e 21 com resultados iguais ou superiores indicam provável patologia psicológica. Esta medida foi incluída para avaliar em que medida a ansiedade e a depressão influenciam os resultados à luz dos componentes do modelo de autorregulação.</p> <p>(9)LOT-R Life Orientation Test-Revised: usada para perceber as diferenças individuais no otimismo generalizado. Escala curta com 6 itens onde valores elevados indicam elevados níveis de otimismo. A confiança interna foi referida como aproximadamente $\alpha=0.75$. Esta medida foi incluída para avaliar em que medida a personalidade influencia os resultados à luz dos componentes do modelo de autorregulação.</p> <p>(10) Brief COPE: escala multidimensional, validada, utilizada para avaliar o coping situacional. Forma curta do COPE permite aferir as estratégias de coping em 14 subescalas conceptualmente diferentes. Tanto as estratégias de coping adaptativas e não adaptativas foram incluídas. Os valores variam entre 2 e 8, embora os valores de consistência interna variem para cada subescala entre 0.4 e 0.9.</p>
<p><u>MÉTODO, ANÁLISE DOS DADOS:</u></p> <p>Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p>■ Sim</p>	<p>Descreva as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados?</p> <p>As relações entre PGI e os instrumentos de HR-QoL, bem como as relações entre variáveis de resultados e variáveis explanatórias foram analisadas utilizando a</p>

<input type="checkbox"/> Não	<p>correlação de Pearson. As relações consideradas significativas ($p \leq 0.05$) foram submetidas ao modelo de regressão linear – stepwise method. As variáveis sociodemográficas foram introduzidas em primeiro lugar, seguida das variáveis clínicas, por sua vez seguidas pelas representações de doença e de tratamento (tal como indicado pela análise de correlação).</p>
<p><u>RESULTADOS:</u></p> <p>Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < 0,05$)?</p> <p><u>Relações entre representações de doença e de tratamento e coping (fase inicial)</u></p> <p>Os doentes com maiores perceções relacionadas com as consequências da doença estavam mais propensos a utilizar o suporte emocional ($r=0.24$, $p \leq 0.05$) e as estratégias de planeamento ($r=0.32$, $p \leq 0.01$) de forma a lidar com a doença. As crenças acerca do grau de controlo pessoal da doença foram também positivamente associadas com as estratégias de planeamento ($r=0.25$, $p \leq 0.05$) e coping ativo ($r=0.27$, $p \leq 0.05$). Isto indica que os doentes que possuíam fortes crenças acerca do controlo pessoal do seu cancro estavam mais propensos a lidar com este problema e atuar, através da elaboração de estratégias.</p> <p>As representações emocionais estavam também positivamente relacionadas com o coping ativo ($r=0.29$, $p \leq 0.01$) e a reavaliação positiva ($r=0.25$, $p \leq 0.01$), portanto quanto mais forte a representação emocional da doença, mais provavelmente o doente iniciará a tomada de decisões e a tentativa para pensar que algo benéfico advirá da sua situação.</p> <p>Crenças acerca da necessidade de tratamento estavam positivamente associadas com o coping ativo ($r=0.31$, $p \leq 0.01$) e o uso de suporte emocional ($r=0.30$, $p \leq 0.01$), enquanto fortes preocupações acerca do tratamento estavam mais relacionadas com maior reenquadramento positivo ($r=0.26$, $p \leq 0.05$).</p>

	<p>Foi colocada a hipótese que maiores percepções negativas da doença e do tratamento, na fase inicial, estariam associadas com a utilização de estratégias adaptativas de coping; o que foi rejeitado. No entanto, é de realçar que o uso de estratégias de coping não adaptativas está positivamente associado com maiores percepções negativas da doença e do tratamento quando comparado com a utilização de estratégias adaptativas. Não foram encontradas relações significativas entre o otimismo (LOT-R) e as estratégias de coping utilizadas ($p > 0.05$). Contudo, foram encontradas relações significativas entre otimismo e crenças acerca da duração ($r = -0.24$, $p \leq 0.05$) e controlo pessoal ($r = 0.27$, $p \leq 0.05$).</p> <p><u>Relações entre PGI e HR-QoL</u></p> <p>Embora os valores da PGI estivessem num intervalo aceitável de distribuição normal, os valores da média e da mediana estavam um pouco enviesados. Os valores têm o objetivo de representar em que grau a realidade corresponde às expectativas dos doentes, isto é, a sua qualidade de vida percebida nas áreas da vida que são mais importantes para eles. Portanto, os valores indicados acerca do funcionamento dos doentes nas áreas da vida consideradas mais importantes foram percebidos como baixos.</p> <p>Ao contrário dos resultados da PGI, a QoL global inclinou-se ligeiramente para um melhor funcionamento. No que se refere à HR-QoL (medida pela SF-12), ambas as componentes, mental e física, estavam distribuídas normalmente.</p> <p>Os valores de HR-QoL e PGI estavam apenas parcialmente correlacionados e portanto a hipótese de que “não existirá relação entre as avaliações da HR-QoL e a PGI” foi rejeitada. A PGI foi significativamente correlacionada com a EORTC QLQ-C30 QoL Global</p>
--	--

	<p>($r=0.39$, $p\leq 0.05$) e similarmente com a SF-12 componente mental ($r=0.44$, $p\leq 0.001$).</p> <p><u>Em que medida as variáveis psicológicas explicam a HR-QoL</u></p> <p>As 3 diferentes medidas de HR-QoL são explicadas por diferentes fatores. Nenhuma das variáveis sociodemográficas e clínicas, exceto a idade, demonstrou fatores explicativos significativos para as variâncias na HR-QoL.</p> <p>SF-12: componente física</p> <p>A identidade, a idade e a depressão explicaram 35% da variância nos valores da componente física, com a depressão a explicar a maior variância. A direção dos coeficientes indica que uma baixa identidade com a doença, menos idade e níveis de depressão menores estavam associados a melhor funcionamento físico.</p> <p>SF-12: componente mental</p> <p>Os valores da componente mental podem ser significativamente explicados com um modelo de três variáveis, nomeadamente depressão, representações emocionais e uso de substâncias (como estratégia de coping). Este modelo explicou 54% da variância na componente mental da QoL (adj. $r^2=0.54$, $f=31.21$, $df=3.73$, $p\leq 0.005$). As relações entre variáveis foram negativas, indicando que níveis elevados de depressão, fortes representações emocionais e níveis elevados de uso de substâncias estavam associados com baixa QoL mental.</p> <p>Global QoL/ estado de saúde</p> <p>A percepção de doença de longa duração, uma forte identidade, a utilização a suporte instrumental (ex. pedir conselhos de outras pessoas) e níveis elevados de auto responsabilização, foram todos associados com níveis baixos de QoL global ($r^2= 0.48$, $f=18.75$, $df=4.3$, $p\leq 0.005$) e juntos explicam aproximadamente 50% de variância.</p>
--	---

	<p>Relativamente à hipótese que “as crenças associadas à doença e ao tratamento não explicarão uma variância significativa na HR-QoL”, no entanto a identidade demonstrou ser uma variável explicativa significativa tanto da componente física (SF-12) e global QoL (EORTC QLQ-C30). Também as percepções de uma duração provável da doença tiveram impacto significativo na QoL global. A componente mental da QoL (SF-12) pode ser explicada pelas representações emocionais que os doentes têm acerca do seu cancro. Crenças acerca do tratamento não foram, no entanto, associadas com a HR-QoL na fase pré tratamento.</p> <p>A hipótese que a depressão não explicaria uma significativa variância na HR-QoL foi também rejeitada, tal como a significativa variância nos valores de ambas as componentes, mental e física, pode ser explicada pela depressão.</p> <p><u>Em que medida as variáveis psicológicas explicam os valores de PGI</u></p> <p>A ansiedade foi a única variável explicativa que permaneceu quando inserida no modelo de regressão final. A ansiedade explicou 16% de variância nos valores de PGI. A associação negativa indica que elevados níveis de ansiedade estavam associados com baixos níveis de QoL.</p> <p>A hipótese “as crenças associadas à doença e ao tratamento não explicarão uma variância significativa na PGI” foi aceite, dado que apenas a ansiedade demonstrou ser uma variável explicativa significativa, na fase pré tratamento. Não houve relação significativa entre personalidade (LOT-R) e nenhuma das medidas de resultado ou fatores sociodemográficos ($p>0.05$).</p> <p>Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos?</p>
A importância clínica está descrita?	

<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Não está descrita. Não se aplica.
<p><u>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:</u></p> <p>As conclusões estão coerentes com questões/ hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p>Foram encontradas relações entre crenças de doença e tratamento e estratégias de coping, nomeadamente, os doentes que percebem mais consequências negativas da doença estão mais propensos a utilizar estratégias de planeamento e os doentes com fortes crenças na necessidade de tratamento estão mais propensos a utilizar estratégias de coping ativo e procurar suporte emocional. No entanto, estas relações significativas não foram muito fortes. Não é conhecido se as crenças levam à procura de estratégias de coping ou se o inverso, independentemente da direção causal estes achados têm importantes implicações na programação de intervenções direcionadas quer para as estratégias de coping quer para o sistema de crenças.</p> <p>Uma variância significativa na HR-QoL, previamente ao tratamento, pode ser explicada pela perceção dos doentes acerca da sua doença e tratamento e pelas estratégias de coping utilizadas. Especificamente, a identidade (número de sintomas atribuídos ao seu CCP) explicou uma variância significativa nos valores da componente física (SF-12) e na Global QoL. As crenças acerca da duração estimada (período de tempo que a doença vai durar) explicaram uma variância significativa na Global QoL (EORTC QLQ-C30).</p> <p>No entanto, surpreendentemente foi descoberto que os componentes do modelo de autorregulação podem não explicar as variâncias ocorridas nos valores da PGI. Estes valores apenas foram associados com a resposta emocional à doença sob a forma de níveis de ansiedade. Esta medida de QoL na fase inicial pode ter coincidido com um nível de ansiedade já existente dado o recente diagnóstico de cancro.</p> <p>O coping estava relacionado com HR-QoL,</p>

	<p>designadamente as estratégias não adaptativas, nomeadamente uso de substâncias e auto responsabilização, tendo sido associadas com pior HR-QoL e global QoL (específico para cancro), respetivamente. Estudos anteriores haviam demonstrado a relação entre a HR-QoL e coping.</p> <p>Tal como esperado, a depressão explicou em grande parte a variação na HR-QoL, o que é consistente com estudos anteriores. No entanto, é interessante notar que a variância na QoL do doente não é explicada por sintomas depressivos. Os itens incluídos nos instrumentos de HR-QoL incluem os sintomas depressivos e, portanto, não é de estranhar se existir sobreposição com a HADS. Apesar disso, a relação entre sintomas físicos, depressão e QoL está longe de ser entendida e é possível que esta relação seja moderada por fatores individuais como a personalidade, pelo que é necessária mais investigação para entender estas relações.</p> <p>Ao contrário de estudos anteriores, a personalidade não foi considerada como sendo uma importante variável explicativa de nenhuma das dimensões da QoL neste estudo. Isto pode dever-se à medida utilizada ou ao facto da personalidade exercer influência indireta através das crenças. Na verdade, foram encontradas relações significativas entre otimismo e crenças acerca da duração e controlo pessoal da doença, indicando que os doentes com maiores níveis de otimismo têm perceções mais fortes de controlo pessoal e crenças que a sua doença não vai durar muito tempo, podemos então ter em conta que a personalidade é potencialmente influente na formação de representações cognitivas.</p> <p>Os níveis de ansiedade referenciados foram mais elevados que os níveis de depressão, previamente ao tratamento, com 46% da amostra com valores dentro dos limites de possível ou provável patologia ansiosa, mas</p>
--	---

	<p>apenas 20% com valores dentro dos limites de patologia depressiva. Não houve diferenças entre género. Na literatura os níveis de depressão costumam variar consideravelmente, no entanto, nesta amostra, estes níveis de depressão prévios ao tratamento foram similares aos encontrados no estudo transversal e no prospetivo. É possível que tendo em conta os elevados níveis de depressão referidos noutros estudos esta amostra não seja representativa dos doentes com CCP e que os doentes com elevados níveis de depressão não tivessem participado.</p> <p>Foi colocada a hipótese que não existirá relação entre HR-QoL (específica e geral) e PGI devido às suas diferenças conceptuais. Não existem estudos publicados a avaliar estes aspetos particulares da QoL nos doentes com CCP. Os resultados deste estudo sugerem que existe uma sobreposição entre estas medidas e que a maior sobreposição parece existir entre a PGI e a HR-QoL geral (componente mental) e a específica.</p> <p>A abordagem das perceções de doença e de tratamento, tendo em conta os resultados, parece constituir um método útil de extrair e compreender as crenças que os doentes com CCP possuem.</p> <p>Em conclusão, os componentes chave do modelo de autorregulação foram fatores explicativos dos resultados de HR-QoL. Os valores da PGI foram parcialmente correlacionados com os instrumentos de HR-QoL, em particular a saúde mental e QoL geral.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Os profissionais de saúde podem adquirir uma melhor compreensão dos pontos de vista dos doentes acerca da sua doença e tratamento, o que permitirá promover uma parceria entre doente-profissional de saúde.</p> <p>Com o intuito de maximizar a QoL e a adaptação</p>
--	---

	<p>psicológica após o tratamento, intervenções simples poderiam resolver determinadas crenças, como as preocupações com o tratamento e o tempo de extensão da doença, focando no fomento de mais estratégias adaptativas de coping, tal como a aceitação e o uso de suporte emocional e instrumental, e evitando as estratégias não adaptativas de coping, tal como a auto responsabilização e o uso de substâncias. Isto pode ser atingido através da terapia cognitiva ou aconselhamento ao doente com o objetivo de alterar as crenças negativas acerca do tratamento e do curso da doença, enquanto se encoraja um sentido de controlo ao longo da doença. Outros métodos de coping, como procura de suporte social e aceitação da situação, podem ser oferecidos como alternativas para evitar o coping não adaptativo. Amigos e familiares podem ser envolvidos se for aceitável do ponto de vista do doente.</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p> <p>A maior limitação do estudo é o facto de ser transversal, o que significa que não podem ser retiradas conclusões acerca da direção causal que as variáveis exercem influência nas outras.</p> <p>Dimensão da amostra.</p>
--	---

ANEXO 9

Estudo 5: Formulário de Avaliação Crítica adaptado

PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT TO GYNECOLOGICAL CANCER: PATIENTS' ILLNESS REPRESENTATIONS, COPING STRATEGIES AND MOOD DISTURBANCE (E5)

Gould, Rachel V.; Brown, Stephen L. & Bramwell, Ros

Psychology and Health 25(5) (2010) 633-646 United Kingdom

O título reflete o seu conteúdo?

☒ Sim ☐ Não

Os autores são credíveis?

☒ Sim ☐ Não

O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?

☒ Sim ☐ Não

REVISÃO DA

LITERATURA:

A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está compreensível?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está atualizada?

☒ Sim

☐ Não

OBJETIVOS/FINALIDADE:

Os objetivos estão claramente descritos?

☒ Sim

☐ Não

Descreva a pertinência deste estudo.

Comparativamente com as mulheres saudáveis, as mulheres com cancro ginecológico apresentam elevado *distress* e baixa qualidade de vida do ponto de vista físico e sexual, mesmo após o término dos tratamentos. A literatura aponta para que o bem-estar emocional e a qualidade de vida destas mulheres com cancro ginecológico estejam relacionados com as suas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais ao diagnóstico e aos sintomas, pelo que o conhecimento das representações de doença e das estratégias de coping destas mulheres poderá influenciar a sua recuperação psicológica num sentido favorável.

Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?

1. Testar a utilidade do modelo de autorregulação em prever perturbações de humor (estado de espírito) em doentes com cancro ginecológico;
2. Perceber as possíveis relações de mediação entre as representações de doença, as estratégias de coping e as perturbações de

	<p>humor.</p> <p>Este estudo aplica-se à questão de investigação, na medida em que conhecendo as representações de doença e as estratégias de <i>coping</i> que a mulher com cancro ginecológico utiliza e reconhecendo que estas influenciam o seu humor, por conseguinte vão afetar a autogestão da sua própria doença.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>1ª Doentes com scores altos nas perceções de que o cancro ginecológico tem uma longa duração, consequências pessoais sérias, e que demonstrem respostas emocionais negativas, terão maiores perturbações de humor;</p> <p>2ª Doentes com scores baixos no controlo pessoal, controlo do tratamento e coerência da doença, terão maiores perturbações de humor;</p> <p>3ª Doentes com scores altos na utilização de um <i>coping</i> ativo, aceitação, procura de suporte social e partilha de emoções, e com scores baixos de negação/desinvestimento (estratégias de coping) são esperados que tenham menos distúrbios de humor;</p> <p>4ª Os efeitos positivos de altas representações de controlo deverão ser mediados por estratégias de coping adaptativas enquanto as representações sobre as consequências e a duração da doença deverão ser mediadas por um coping não adaptativo;</p> <p>5ª As associações entre scores altos de coerência da doença e baixas perturbações de humor deverão ser mediadas por altos níveis de respostas adaptativas (de coping).</p>
<p>DESENHO:</p> <p><input type="checkbox"/> Experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não experimental</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p>

<input type="checkbox"/> Randomizado <input type="checkbox"/> Coorte <input type="checkbox"/> Estudo de caso único <input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção <input type="checkbox"/> Caso-controle <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input type="checkbox"/> Descritivo <input checked="" type="checkbox"/> Correlacional <input checked="" type="checkbox"/> Preditivo <input checked="" type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Longitudinal	<p>Estudo não experimental, correlacional-preditivo e transversal.</p> <p>O desenho de estudo parece o mais adequado, na medida em que se conhece pouco acerca do tema e os objetivos eram o estudo da relação entre variáveis e o seu valor preditivo/explicativo do resultado (perturbações do humor).</p>
<p><u>MÉTODO, AMOSTRA:</u></p> <p>N= 61</p> <p>A amostra foi descrita detalhadamente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>A amostra é representativa da população?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input checked="" type="checkbox"/> Sem dados para resposta</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?).</p> <p>Entre fevereiro e dezembro de 2004 foram recrutadas todas as mulheres com cancro ginecológico recentemente diagnosticado (nos últimos 15 meses) de um hospital especializado em doenças ginecológicas.</p> <p>Excluídas as mulheres: - que estivessem a vivenciar um episódio agudo relacionado com outra doença; - sem diagnóstico de cancro ginecológico; - que recusaram o tratamento; - cujo diagnóstico foi considerado terminal.</p> <p>Em termos gerais esta amostra foi semelhante aos dados de prevalência para Inglaterra, apesar do estudo ter menos doentes com diagnóstico de cancro do ovário e mais doentes com cancro cervical e vulvar.</p> <p>Tipo de amostragem não probabilística e intencional.</p> <p>Havia mais do que um grupo? Se sim, foram emparelhados?</p> <p>Não existe(m) outro(s) grupo(s).</p>

<p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><u>MÉTODO.</u></p>	<p>Quais as características da amostra?</p> <p>Total de 61 doentes com idade média de 56.34 anos (desvio-padrão 18.41). Destes, 18 tiveram o diagnóstico de cancro cervical, 18 de cancro do endométrio, 14 de cancro do ovário e 9 de cancro da vulva. A maioria das participantes (n=36) encontravam-se no estadio I da doença, as restantes no II (n=9), III (n=5) ou IV (n=3). A informação relativa ao estadio de 8 doentes não se encontrava disponível e o diagnóstico não estava disponível para 2 doentes dado que o obtiveram noutra clínica. Quarenta e quatro foram recrutadas para o estudo dentro de 3 meses do diagnóstico, sendo que destas 32 ainda se encontravam no primeiro mês desde o diagnóstico, 15 encontravam-se entre 4-12 meses desde o diagnóstico, uma aos 13 meses e uma aos 15 meses.</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p> <p>Dos 126 doentes abordados, 120 aceitaram responder ao questionário. No total, 63 doentes responderam e reenviaram o questionário, sendo que 2 destes foram excluídos por não estarem completamente preenchidos (taxa de resposta de 48.41%).</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os sujeitos assinaram o termo de consentimento?</p> <p>Aprovação do estudo por parte da comissão de ética do hospital onde teve lugar o estudo; Consentimento informado e questionários devidamente preenchidos foram entregues em envelope.</p>
---	--

<p><u>INTERVENÇÃO:</u></p> <p>A intervenção está descrita detalhadamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A “contaminação” foi evitada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p>	<p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local/ contexto clínico).</p> <p>Não se aplica.</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica?</p> <p>Não se aplica.</p>
<p><u>MÉTODO.</u></p> <p><u>INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS:</u></p> <p>As medidas utilizadas estão descritas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>As medidas apresentam qualidades de validade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas.</p> <p>1- Dados sociodemográficos e clínicos: idade, diagnóstico (cancro endometrial, cervical, vulvar ou ovárico), gravidade da doença (estadio I-IV) e tempo decorrido desde o diagnóstico.</p> <p>2- <u>IPQ-R (Moss-Morris et al. 2002)</u>; avalia as representações de doença; o pessoa deve selecionar o seu nível de concordância com cada uma das afirmações relativas à sua doença, desde o “discordo totalmente” até ao “concordo totalmente” (escala de Likert de 5 pontos); boa</p>

<p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam qualidades de fidelidade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>consistência interna – alfa de <u>Cronbach 0.67-0.86 (de acordo com as subescalas)</u> e boa estabilidade temporal – teste reteste entre 0.46-0.87 ao fim de 3 semanas e 0.35-0.82 ao fim de 6 meses.</p> <p>Neste estudo foram utilizadas 6 subescalas: duração (aguda/crónica), duração (cíclica), consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento e coerência da doença. As representações emocionais não foram analisadas devido a possíveis dificuldades de interpretação causadas pela sobreposição de itens com o resultado a medir (perturbações de humor).</p> <p>Para reduzir a sobrecarga dos participantes as subescalas “identidade” e “causas” foram omissas.</p> <p>3- <u>COPE (Carver Scheier & Weintraub, 1989)</u>: com 56 itens; mede as estratégias de coping e tem sido associado ao distress emocional; com 4 opções de resposta, desde o “nunca faço isto” até ao “faço sempre isto” (escala de Likert de 4 pontos); com boa consistência interna – alfa de <u>Cronbach entre 0.63-0.92 e estabilidade temporal (teste reteste entre 0.65-0.90 em populações saudáveis.</u></p> <p>Neste estudo foram utilizadas as subescalas: coping ativo, planejar, utilizar suporte social instrumental, utilizar suporte social emocional, coping restritivo, comportamento de desprendimento, reinterpretação positiva e crescimento, aceitação, foco e expressão de sentimentos, negação e desinvestimento comportamental, desinvestimento mental, uso de substâncias e religião.</p> <p>4- <u>POMS-SF (Shacham, 1983)</u>: pretende avaliar as perturbações de humor; apresenta bons valores de fidelidade – alfa de <u>Cronbach entre</u></p>
---	---

<p><u>MÉTODO, ANÁLISE DOS DADOS:</u></p> <p>Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p><u>0.78-0.91</u> com escala de Likert com 5 opções de resposta entre 0-4 em que 0 é “de modo algum” e 4 é “extremamente”.</p> <p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados?</p> <p><u>Estatística descritiva</u>, nomeadamente, médias e desvios padrão de todas as variáveis do estudo.</p> <p>Para facilitar a comparação com outros estudos, os resultados do IPQ-R e do COPE são valores totais da escala, enquanto os resultados do POMS são médias dos itens.</p> <p>De forma a evitar falsas correlações atribuídas aos fatores sociodemográficos ou clínicos foram efetuadas análises preliminares com o objetivo de identificar as relações entre as variáveis do estudo e a idade, a localização do tumor, o estadio da doença e o tempo (em dias) desde o diagnóstico.</p> <p><u>Análise de correlação univariada</u> para examinar as relações entre as variáveis.</p> <p><u>Análise de regressão linear multivariada</u> para determinar as variáveis preditoras das escalas de IPQ-R e COPE sobre a variável resultado (POMS).</p> <p>Para avaliar a possível mediação pelo coping, os autores utilizaram uma estratégia recomendada por MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West and Sheets (2002), que especifica que o mediador deve ser correlacionado com as variáveis independentes e dependentes, e que a relação entre o mediador e a variável dependente que existe após a fase 4 é controlada.</p> <p>Para amostras pequenas, MacKinnon et. al. (2002) recomenda a avaliação da mediação através do significado comum da associação entre o mediador e a fase 4, e o mediador e a variável dependente</p>
---	--

	controlando a fase 4. Isso maximiza a força com um erro tipo 1 aceitável.
<p><u>RESULTADOS:</u></p> <p>Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < 0,05$)?</p> <p>As médias do IPQ-R foram similares a outros estudos. A média dos scores totais do POMS (36.25) foi superior à média obtida em amostras de indivíduos saudáveis, o que indica um elevado nível de perturbações no humor.</p> <p>A variável “uso de substâncias” (COPE) obteve uma média de 4.54 e desvio padrão 1.57 numa escala onde o resultado mínimo é 4, tendo 57 participantes selecionado os resultados mais baixos, pelo que esta variável foi abandonada. Todas as outras variáveis foram distribuídas normalmente com assimetria e curtose aceitáveis.</p> <p>A idade foi correlacionada negativamente com as consequências ($r(59) = -0.28$, $p < 0.05$) e positivamente com a religião ($r(61) = 0.41$, $p < 0.01$). O estadio da doença mostrou associações lineares com uma duração percebida mais longa ($p(51) = 0.31$, $p < 0.05$) e baixas perceções de controlo de tratamento ($p(51) = -0.28$, $p < 0.05$). Não foram encontradas relações uni ou multivariadas entre as variáveis demográficas e clínicas e os resultados de POMS ($R^2 = 0.27$, $df = 1060$, $p = 0.695$).</p> <p>Existem várias correlações entre os resultados das escalas IPQ-R e COPE, o que demonstra que as perceções de duração (cíclica), de consequências mais severas, de baixo controlo pessoal e de tratamento e baixa coerência estavam relacionadas com altos resultados (totais) na POMS. Apenas as estratégias de coping negação e o desinvestimento, que estavam correlacionados com a duração cíclica e a coerência da doença, podem atuar como</p>

<p>A importância clínica está</p>	<p>mediadores entre as representações de doença e o POMS.</p> <p>Os scores de regressão linear não padronizados representando as variáveis sociodemográficas e clínicas foram incluídos como variáveis de controlo mas não foram incluídos no “<i>path diagrama</i>”. As ponderações beta não padronizadas foram calculadas para relações entre os totais da escala POMS e as representações de doença e as subescalas de negação e desinvestimento da escala COPE, e utilizados para avaliar a significância conjunta.</p> <p>Através do “<i>path diagrama</i>” podemos observar as ponderações beta ligando os scores de duração cíclica e coerência com a negação e o desinvestimento e a negação e o desinvestimento com a POMS em ambos os casos, sendo significativas. Estes resultados sugerem que as estratégias de coping negação e desinvestimento podem mediar os trajetos entre a percepção de duração cíclica e baixa coerência da doença e os altos scores totais de perturbações de humor (POMS). É ainda visível a não significância na relação direta entre duração cíclica (IPQ-R) e a POMS e a relação significativa negativa direta entre a coerência da doença e a POMS.</p> <p>O “<i>path diagrama</i>” foi estudado de forma inversa, no entanto não foram encontradas relações significativas entre a POMS e a duração cíclica (POMS à negação/ desintegração $\beta=0.45$, $p<0.01$, negação/ desintegração a duração $\beta=-0.18$, $p=0.235$) nem com a coerência da doença (POMS desde negação/ desintegração $\beta=0.45$, $p<0.01$, negação/ desintegração a duração cíclica $\beta=-0.26$, $p=0.054$); o que sugere que a mediação inversa é improvável.</p> <p>Qual a importância clínica dos resultados? Houve</p>
-----------------------------------	--

descrita? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	diferença clinicamente significativa entre grupos? Não está descrita. Não se aplica.
<p><u>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:</u></p> <p>As conclusões estão coerentes com os métodos e resultados do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todas as dimensões das representações da doença, à exceção da duração (aguda/crónica), demonstraram relações preditivas com o humor, avaliado através da POMS. Scores elevados de utilização de estratégias de coping negação ou desinvestimento mostraram possíveis elos de mediação com elevadas perceções de uma duração cíclica e de baixa coerência da doença e com elevados scores na POMS (“<i>path diagrama</i>”). - Assim, podemos afirmar que as relações definidas anteriormente são consistentes com a hipótese colocada de que as relações entre as representações de doença e o humor serão mediadas pela utilização de estratégias de coping. - Existem relações diretas entre as representações de doença e o humor: a) as perceções de baixas consequências e elevado controlo pessoal e de tratamento podem proteger as doentes de estados de humor negativos, dado que contribuem para uma baixa percepção de ameaça ou b) podem funcionar como mediadores não passíveis de medição, dado que essas perceções podem contribuir para um elevado sentido de otimismo o que, por sua vez, é conhecido como moderador de resultados em doenças graves. - Concluindo, os elos diretos e de mediação fornecem a evidência necessária que suporta a utilização do modelo de autorregulação. Existem, então, 2 implicações teóricas: a) os resultados apoiam a componente de coping da teoria de autorregulação, o que não está definido cientificamente; b) o coping parece mediar de uma forma negativa, ou seja, ações

	<p>de coping positivas (coping focado no problema, aceitação e procura de suporte) não mediaram resultados positivos, no entanto ações de coping negativas (negação e desinvestimento) estão relacionados com resultados negativos. Isto sugere que o humor pode ser mais protegido se intervirmos para reduzir os efeitos maléficos do coping negativo, ao invés de facilitar respostas de coping positivas.</p> <p>- O resultado que a negação e o desinvestimento estavam positivamente correlacionados com fraco ajustamento é consistente com a literatura (acerca do coping e do cancro). No entanto, a literatura também mostra que o bem estar provavelmente encontra-se associado com o que é considerado como sendo estratégias de coping adaptativas (coping ativo, procura de suporte e aceitação). Embora a aceitação e o coping ativo estivessem associados com algumas dimensões das representações de doença, neste estudo não foram encontradas relações com a POMS. Este facto sugere que ou as respostas de coping positivo não medeiam nenhuns efeitos de representações de doença nos resultados, ou que este processo pode não ser estabelecido sem que passe algum tempo após o diagnóstico. Até ao momento não podemos identificar claramente se as estratégias de coping e a sua eficácia se alteram ao longo do tempo de adaptação ao diagnóstico de cancro ginecológico.</p> <p>- É possível que as doentes possam ter experimentado dificuldades em encontrar estratégias de coping positivas. Os programas de tratamento da doença oncológica frequentemente colocam os doentes num papel passivo, onde as respostas de coping ativas podem não trazer benefícios médicos ou psicológicos. Outra explicação possível é que muitos doentes encontravam-se numa fase inicial do</p>
--	--

	<p>tratamento e as estratégias de coping, como a procura de suporte ou aceitação podem levar algum tempo até se tornarem adaptativas.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Existem evidências crescentes, incluindo as conclusões deste estudo, a reforçar a importância do modelo de representações da doença nas doenças oncológicas, como o cancro ginecológico.</p> <p>As relações diretas ou moderadores entre as representações e os distúrbios de humor sugerem que os benefícios podem surgir ao identificar e ao intervir com as doentes que demonstrem baixas perceções de controlo e elevadas perceções sobre as consequências da doença, perceção de duração cíclica e baixa coerência. As intervenções devem centrar-se essencialmente na deteção e mudança das estratégias de coping negativas e na perceção sobre a duração cíclica e coerência da doença oncológica, o que parece ter particular importância no processo adaptativo.</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p> <p>Tamanho reduzido da amostra; tipo de estudo transversal; a prevalência dos cancros na amostra é diferente comparativamente com a prevalência na população inglesa; taxa de respostas de 48%; critérios de exclusão criados não possibilitam a generalização dos resultados à população em estudo; ausência de avaliação dos efeitos dos tratamentos e atribuições causais, o que pode ter levado a falsas correlações. Todos estes aspetos têm influência na representatividade.</p>
--	--

	<p>No futuro, a realização de estudos prospetivos com amostras maiores poderá permitir testar a direção de algumas relações, nomeadamente, a hipótese de mediação entre a negação e desinvestimento e as representações da doença e a adaptação psicológica nas mulheres com cancro ginecológico. Poderá igualmente possibilitar identificar se as estratégias de <i>coping</i> e a sua eficácia se alteram ao longo de tempo de adaptação ao diagnóstico de cancro ginecológico.</p>
--	---

ANEXO 10

Estudo 6: Formulário de Avaliação Crítica Adaptado

THE ROLE OF ILLNESS REPRESENTATIONS IN COPING AND HEALTH OF PATIENTS TREATED FOR BREAST CANCER (E6)

Hetje Rozema, Trijntje Völlink and Lilian Lechner

Psycho-Oncology 18 (2009) 849-857 Netherlands

O título reflete o seu conteúdo?

☒ Sim

☐ Não

Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a algum atividade profissional de relevância para a investigação)?

☒ Sim

☐ Não

O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?

☒ Sim

☐ Não

REVISÃO DA

LITERATURA:

A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está compreensível?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está atualizada?

☐ Sim

☒ Não

Descreva a pertinência deste estudo.

Holanda e Flandres apresentam a mais alta taxa de incidência de cancro da mama na Europa, pelo que é necessária mais investigação sobre a forma como os doentes lidam (*coping*) com esta patologia.

O funcionamento físico e psicológico dos doentes com doenças crónicas varia consideravelmente, mesmo entre doentes com condições médicas similares. Os indicadores objetivos da severidade da doença não explicam a diferença no funcionamento físico e psicológico.

O modelo de autorregulação pode ser utilizado para explicar as diferenças desse funcionamento, já que os estudos confirmam que as representações cognitivas são determinantes importantes para os resultados adaptativos na doença crónica. No entanto, a relação entre as representações da doença e os resultados são maioritariamente estudados para a diabetes mellitus, a asma e a fadiga crónica.

O modelo de autorregulação defende a existência de

<p><u>OBJETIVOS/</u> <u>FINALIDADE DO</u> <u>ESTUDO:</u></p> <p>Os objetivos estão claramente descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>uma relação direta entre as representações de doença e os comportamentos de <i>coping</i>, mas normalmente focam as representações da doença apenas na dimensão cognitiva. Assim, a pertinência deste estudo consiste em estudar a relação entre as representações de doença, estratégias de <i>coping</i> e os resultados em termos de saúde mental e física percebida, em doentes tratadas ao cancro da mama, não apenas centradas nas cognições, mas essencialmente nas respostas emocionais.</p> <p>Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?</p> <p>Adquirir maior conhecimento sobre o modelo de autorregulação do comportamento de saúde descrito por Leventhal, nas mulheres com cancro da mama.</p> <p>Distinguir entre as dimensões cognitivas das representações da doença que parecem influenciar a forma de enfrentar os problemas (<i>coping</i> focado no problema), o que por sua vez influencia a saúde física percebida. Por outro lado, a representação emocional da doença, influenciando a utilização de estratégias de <i>coping</i> centradas na emoção, tem influência na saúde mental percebida.</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p><u>Hipótese 1</u>: As dimensões cognitivas das representações de doença (identidade, consequências, duração aguda/crónica, duração cíclica e causas, com exceção do controlo pessoal e de tratamento) estão negativamente relacionadas com as estratégias de <i>coping</i> centradas no problema.</p> <p><u>Hipótese 2</u>: A representação emocional está</p>
--	---

	<p>positivamente relacionada com as estratégias de <i>coping</i> focadas na emoção.</p> <p><u>Hipótese 3:</u> As dimensões cognitivas das representações da doença (identidade, consequências, duração aguda/crónica, duração cíclica e causas, com exceção do controlo pessoal e de tratamento) estão negativamente relacionadas com a saúde física percebida.</p> <p><u>Hipótese 4:</u> A representação emocional está negativamente relacionada com a saúde mental percebida.</p> <p><u>Hipótese 5:</u> As estratégias de <i>coping</i> medeiam parte da relação entre as representações da doença e as respostas em termos de saúde.</p>
<p><u>DESENHO:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Randomizado</p> <p><input type="checkbox"/> Coorte</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso único</p> <p><input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção</p> <p><input type="checkbox"/> Caso-controle</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Descritivo</p> <p><input type="checkbox"/> Correlacional</p> <p><input type="checkbox"/> Preditivo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Transversal</p> <p><input type="checkbox"/> Longitudinal</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p> <p>Estudo não experimental, descritivo e transversal.</p> <p>O desenho parece adequado ao estudo, pois visa verificar explorar as associações existentes entre as representações de doença, as estratégias de <i>coping</i> e os resultados de doença, em doentes tratadas a cancro da mama (fase pós tratamento), tanto na dimensão cognitiva como na emocional.</p>
<p><u>MÉTODO, AMOSTRA:</u></p> <p>N = 119 mulheres</p> <p>A amostra foi descrita detalhadamente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?).</p> <p>As participantes foram recrutadas a partir da “<i>Flemish cancer society</i>”, tendo sido efetuado convite para inclusão no estudo através do website.</p> <p><u>Critério de inclusão:</u></p> <p>- Terem diagnóstico de cancro da mama.</p>

<p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>A amostra é representativa da população?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sem dados para resposta</p> <p>Existe referência sobre os participantes que</p>	<p><u>Critérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Terem sido diagnosticadas com outra doença crónica; - Terem metástases nos pulmões, fígado, cérebro ou osso; - Terem diagnóstico de cancro da mama há mais de 2 anos. <p>Tipo de amostragem não probabilística, intencional.</p> <p>Havia mais de um grupo? Foram emparelhados?</p> <p>Não existia(m) outro(s) grupo(s).</p> <p>Quais as características da amostra?</p> <p><u>Sociodemográficas</u></p> <p>Idade: entre os 22 e os 64 anos (média=46.8; desvio-padrão=8.21).</p> <p>Estado civil: 80% casadas ou em união de facto.</p> <p>Escolaridade: 2/3 das doentes terminou a sua formação na Holanda (73%) e 1/3 na Bélgica (27%). 40% das holandesas e 20% das belgas possuíam o ensino secundário ou superior.</p> <p>Situação face ao emprego: Dois terços das mulheres estavam empregadas, trabalhando em média 12 horas por semana.</p> <p><u>Clínicas</u></p> <p>Duração do cancro: entre 2 e 24 meses (média=14, desvio padrão 7.7).</p> <p>Idade do diagnóstico: entre os 22 e os 63 anos (média=45, desvio padrão=8.14).</p> <p>Tipo de cancro: 53% das participantes tiveram diagnóstico de carcinoma ductal <i>in situ</i> ou carcinoma ductal invasivo.</p> <p>Tratamento: quase 1/3 das participantes estava a realizar hormonoterapia.</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram</p>
--	--

<p>abandonaram o estudo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><u>MÉTODO.</u></p> <p><u>INTERVENÇÃO:</u></p> <p>A intervenção está descrita detalhadamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A “contaminação” foi evitada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><u>MÉTODO.</u></p>	<p>esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p> <p>Não se aplica.</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os sujeitos assinaram o termo de consentimento?</p> <p>Não se encontram descritos os procedimentos éticos. As doentes foram recrutadas a partir de <i>website</i> e elas próprias se inscreveram, os autores referem-se a convite, não especificamente a termo de consentimento.</p> <p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico).</p> <p>Não se aplica.</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica?</p> <p>Não se aplica.</p>
--	--

<u>INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS:</u>	
<p>As medidas utilizadas estão descritas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>As medidas apresentam validade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas.</p> <p>1. <u>Questionário sociodemográfico e clínico:</u></p> <p>Idade, género, estado civil, situação de emprego, escolaridade, meses após o diagnóstico, idade na altura do diagnóstico, tipo de cancro da mama, existência de metástases, estadió do cancro da mama no diagnóstico, número de vezes que foi diagnosticado cancro da mama.</p> <p>2. <u>IPQ-R Illness Perception Questionnaire-Revised (Moss-Morris, 2002):</u></p> <p>Mede as representações cognitivas e emocionais da doença. Adaptado para o uso no cancro da mama. Foram utilizadas 8 subescalas. Para todas as subescalas, à exceção da identidade, foi utilizada uma escala de concordância de Likert de 5 pontos, desde o (1) “discordo plenamente” até ao (5) “concordo plenamente”.</p> <p>Valores de alfa de Cronbach, média e desvio-padrão de cada subescala:</p> <p>(a) Consequências: 6 itens, $\alpha=0.69$, $m=22.3$, $dp=3.89$;</p> <p>(b) Duração aguda-crónica: 6 itens, $\alpha=0.93$, $m=16.7$, $dp=5.64$;</p> <p>(c) Duração cíclica: 4 itens, $\alpha=0.72$, $m=11.1$, $dp=3.03$;</p> <p>(d) Controlo pessoal: 6 itens, $\alpha=0.78$, $m=19.1$, $dp=4.24$;</p> <p>(e) Controlo de tratamento: 5 itens, $\alpha=0.73$, $m=18.7$, $dp=3.40$;</p> <p>(f) Representação emocional: 6 itens, $\alpha=0.81$, $m=18.9$, $dp=4.78$;</p> <p>(g) Identidade: 17 itens, resposta “sim” ou “não”,</p>

	<p>$\alpha=0.75$, $m=3.3$; $dp=2.73$; À semelhança doutros estudos acerca das percepções dos doentes com cancro da mama foram acrescentados 3 itens específicos à subescala identidade contendo 14 sintomas comuns.</p> <p>(h) Causas: 19 itens (adicionado 1 item “hormonal”). Tal como recomendado por Moss-Morris os itens dessa subescala foram submetidos a análise de componentes principais para extrair grupos de fatores causais. A rotação varimax produziu 5 componentes que justificavam 61% da variância total, mas apenas 3 componentes obtiveram um alfa satisfatório, nomeadamente “causa psicológica”: 6 itens, $\alpha=0.88$, $m=14.0$, $dp=5.47$; “causa comportamental”: 4 itens, $\alpha=0.77$, $m=8.2$, $dp=3.15$; “causa biológica”: 4 itens, $\alpha=0.56$, $m=7.3$, $dp=2.45$.</p> <p>3. <u>UCL Utrecht Coping Questionnaire (Schreurs, 1988)</u>: Questionário genérico que mede 7 diferentes estratégias de <i>coping</i>. Para este estudo foram selecionadas 5 escalas: <i>coping</i> focado no problema (7 itens, $\alpha=0.82$, $m=19.7$, $dp=3.44$); evitamento comportamental de <i>coping</i> (8 itens, $\alpha=0.65$, $m=14.8$, $dp=3.05$); procura de suporte social (6 itens, $\alpha=0.89$, $m=16.0$, $dp=3.92$); desabafo de emoções (3 itens, $\alpha=0.74$, $m=6.3$, $dp=1.73$); evitamento cognitivo de <i>coping</i> (5 itens, $\alpha=0.67$, $m=13.5$, $dp=2.45$). Todas as escalas foram medidas através de uma escala de Likert de 4 pontos, em que (1) raramente ou nunca e (4) frequentemente.</p> <p>4. <u>RAND-36 (Zee van der KI, 1993)</u>: Mede a saúde mental e física. A RAND-36 foi traduzida para holandês (36 itens), tendo sido utilizadas 8 escalas: funcionamento físico (10 itens,</p>
--	---

<p><u>MÉTODO, ANÁLISE DOS DADOS:</u></p> <p>Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>$\alpha=0.88$, $m=24.1$, $dp=4.49$); funcionamento social (2 itens, $\alpha=0.84$, $m=7.3$, $dp=2.19$); limitações de papel devidas a saúde física (4 itens, $\alpha=0.89$, $m=5.9$, $dp=1.74$); limitações de papel devidas a problemas emocionais (3 itens, $\alpha=0.85$, $m=5.0$, $dp=1.26$); saúde mental (5 itens, $\alpha=0.86$, $m=22.0$, $dp=4.26$); vitalidade (4 itens, $\alpha=0.86$, $m=14.6$, $dp=4.02$); dor (2 itens, $\alpha=0.83$, $m=46.0$, $dp=12.98$) e saúde em geral (5 itens, $\alpha=0.81$, $m=16.6$, $dp=4.25$). Todas as subescalas foram medidas através de escalas de Likert de 2, 3, 5 e 6 pontos, bem como a cada item foi atribuído um score de 0 a 100. A escala “saúde física” foi criada através da soma do funcionamento físico, limitações de papel devidas a saúde física, dor e saúde em geral. A fiabilidade desta escala foi boa ($\alpha=0.77$). A escala “saúde mental” foi formada através da soma da vitalidade, funcionamento social, limitações de papel devidas a problemas emocionais e saúde mental. A fiabilidade desta escala foi razoável ($\alpha=0.74$).</p> <p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas são realizados?</p> <p><u>Análise descritiva</u></p> <p>Cálculo de médias, desvio-padrão e percentagens.</p> <p>Consistência interna (fidelidade) das subescalas utilizadas nos instrumentos de colheita dos dados, através do cálculo do α de Cronbach.</p> <p><u>Análise bivariada</u></p> <p>Foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson para explorar as relações entre as dimensões das representações de doença, as estratégias de <i>coping</i> e as variáveis de resultado (saúde mental e física), tendo sido utilizado um nível de significância de 0.01 para a análise de correlação para evitar erros do tipo 1.</p> <p><u>Análise multivariada</u></p>
---	--

	<p>Efeitos possíveis de mediação foram analisados de acordo com os passos sugeridos por Baron e Kenny (1986). Para a mediação ocorrer é necessário estabelecer que existe relações significativas entre (1) as representações de doença e as estratégias de <i>coping</i>, (2) as representações de doença e a saúde percebida e (3) as estratégias de <i>coping</i> e a saúde percebida. Finalmente, quando o impacto das estratégias de <i>coping</i> é controlado para a análise de regressão, a força da relação entre as representações de doença e a saúde percebida deve ser significativamente reduzida.</p> <p>No primeiro grupo de análise regressiva, a primeira análise foi realizada tendo como variável dependente o <i>coping</i> centrado no problema e as dimensões cognitivas das representações como variáveis explicativas (hipótese 1). Foram realizadas 4 análises de regressão com as estratégias de <i>coping</i> centradas na emoção como variável dependente e a representação emocional como variável explicativa (hipótese 2). Para testar as hipóteses 3 e 4, foram efetuadas 2 análises regressivas com a saúde física e saúde mental como variáveis dependentes. Em ambas as regressões foram utilizadas abordagens com vários passos. As variáveis sociodemográficas e clínicas que estavam correlacionadas significativamente com a saúde física e mental foram introduzidas no primeiro passo da análise para controlar a sua influência. As relações hipotéticas das representações de cancro da mama com as variáveis resultado foram introduzidas no passo 2 e para testar a mediação pelo <i>coping</i>, todas as estratégias de <i>coping</i> foram introduzidas no terceiro passo.</p>
<p><u>RESULTADOS:</u></p> <p>Os resultados estão</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < 0,05$)?</p> <p><u>Relações entre as representações de doença, as</u></p>

<p>relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p><u>estratégias de coping e os resultados em termos de saúde</u></p> <p>As dimensões das representações de doença foram consideradas fracamente relacionadas com as estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelas doentes com cancro da mama. Apenas uma maior perceção de “duração crónica” estava fortemente relacionada com as “estratégias de <i>coping</i> de evitamento” (cognitivo e comportamental). Viver o cancro da mama como uma doença com graves “consequências emocionais” estava relacionado com baixa utilização de “estratégias de <i>coping</i> centradas nos problemas”.</p> <p>As dimensões das representações de doença foram consideradas fortemente relacionadas com os resultados em termos de saúde. As dimensões cognitivas das representações de doença – “identidade”, “duração aguda/crónica”, “duração cíclica” e “consequências” – estão todas correlacionadas negativamente quer com a “saúde física” quer com a “saúde mental”. As dimensões cognitivas das representações de doença – “controlo pessoal” e “controlo de tratamento” – mostraram uma forte e positiva correlação com a “saúde física” e a “saúde mental”. Finalmente, a “representação emocional” demonstrou uma forte e negativa correlação com a “saúde física” e a “saúde mental”.</p> <p>O terceiro critério para mediação seguindo o modelo de Baron e Kenny (1986) consistiu numa relação significativa entre as estratégias de <i>coping</i> e a saúde percebida. A análise de correlação mostrou que nenhuma das estratégias de <i>coping</i> foi considerada fortemente relacionada com a saúde percebida. A hipótese de mediação foi por isso rejeitada.</p> <p><u>Interpretação das estratégias de coping</u></p> <p>Uma análise de regressão hierárquica múltipla foi realizada com o “<i>coping</i> centrado no problema”</p>
---	--

enquanto variável dependente. A dimensão cognitiva da representação de doença “controlo pessoal” apresentou uma relação positiva com o “*coping* focado no problema” ($\beta=0.36$, $p=0.001$) e a “causa psicológica” teve uma relação negativa com o “*coping* focado no problema” ($\beta=-0.30$, $p=0.006$), tal como previsto na hipótese 1. Estas dimensões cognitivas das representações de doença explicam significativamente 16.7% da variância nos resultados do “*coping* focado no problema” ($F(8,118)=2.75$, $p=0.008$). A outra dimensão cognitiva de representação de doença não explicou significativamente nenhuma variância nos resultados do “*coping* centrado no problema”. A hipótese foi assim parcialmente confirmada.

A hipótese 2 pressupunha que a “representação emocional” apresentaria relações positivas nas “estratégias de *coping* centradas na emoção” (“*coping* de evitamento comportamental”, “procura de suporte social”, “desabafo de emoções” e “*coping* de evitamento cognitivo”). De modo a testar esta hipótese, foram realizadas 4 análises regressivas com as “estratégias de *coping* centradas na emoção” enquanto variáveis dependentes. Os resultados mostraram que a “representação emocional” apenas tem relação significativamente positiva com “as estratégias de *coping* centradas na emoção desabafo de emoções”. A “representação emocional” ($\beta=0.23$, $p=0.011$) explicou significativamente 8.4% de variância nos resultados de “desabafo de emoções” ($F(1,118)=6.64$, $p=0.01$). A hipótese foi assim parcialmente confirmada.

Interpretação da saúde física e mental

Foi realizada uma análise de regressão hierárquica múltipla com a “saúde física” enquanto variável dependente. De forma a controlar a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas, as variáveis que

se correlacionaram positivamente com a “saúde física” foram introduzidas no passo 1. As variáveis sociodemográficas e clínicas explicaram 16% da variância. O número de horas de trabalho ($\beta=0.27$, $p=0.013$) e o estadio do cancro de mama ($\beta=-0.18$, $p=0.047$) foram variáveis significativas. A hipotética influência das representações de doença na “saúde física” foi testada introduzindo estas variáveis no passo 2. Foi colocada a hipótese de que apenas as dimensões cognitivas das representações de doença apresentariam relações negativas com a “saúde física” percebida. A inclusão das representações de doença no passo 2 resultou em 56% da variância na “saúde física” com a “identidade” ($\beta=-0.41$, $p=0.000$) e “consequências” ($\beta=-0.25$, $p=0.005$) como variáveis explicativas significativas. Os resultados mostraram que a “representação emocional” não tem relação significativa com a “saúde física” percebida. No entanto, os resultados indicaram que as dimensões cognitivas das representações da doença “identidade” e “consequências” têm relações negativas na “saúde física” percebida, o que suporta a hipótese. As outras dimensões cognitivas das representações não explicaram significativamente nenhuma variância nos valores da “saúde física” percebida. A hipótese foi por isso parcialmente confirmada. No passo 3 foram incluídas as estratégias de *coping*. A variância total subiu para os 57%. As variáveis explicativas significativas permaneceram as mesmas, nomeadamente “identidade” ($\beta=-0.42$, $p=0.000$) e “consequências” ($\beta=-0.24$, $p=0.009$).

Uma análise de regressão múltipla hierárquica foi realizada com a “saúde mental” enquanto variável dependente. As variáveis sociodemográficas e clínicas que se correlacionaram significativamente com a “saúde mental” foram introduzidas no passo 1. Os resultados demonstraram que as variáveis sociodemográficas e

	<p>clínicas explicaram 11% da variância com o tratamento recomendado ($\beta=-0.22$, $p=0.014$) como uma variável explicativa significativa.</p> <p>A hipotética influência das representações de doença na “saúde mental” foi testada introduzindo estas variáveis no passo 2. A hipótese defende que apenas a “representação emocional” mostrará relações negativas com a “saúde mental” percebida. A inclusão das representações de doença no passo 2 resultou em 46% de variância significativa na saúde mental com o “controle de tratamento” ($\beta=0.22$, $p=0.021$) e “representação emocional” ($\beta=-0.32$, $p=0.000$) como variáveis explicativas significativas. Os resultados mostraram que a “representação emocional” se relacionou negativa e significativamente com a “saúde mental” percebida, o que apoia a hipótese. No entanto, também mostraram que as dimensões cognitivas das representações de doença, nomeadamente o “controle de tratamento” apresentou uma relação positivamente significativa com a “saúde mental” percebida. A hipótese foi por isso parcialmente confirmada. No passo 3 foram incluídas as estratégias de <i>coping</i>. A variância total subiu para 47%. As variáveis explicativas significativas permaneceram as mesmas tal como no passo anterior, a dimensão cognitiva das representações “controle de tratamento” ($\beta=0.22$, $p=0.029$) e “representação emocional” ($\beta=-0.29$, $p=0.004$).</p>
<p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p>Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos?</p> <p>Não está descrita. Não se aplica.</p>

<p><u>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:</u></p> <p>As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p>Os resultados apoiam algumas hipóteses do Modelo de Senso Comum relativo ao cancro da mama, bem como justificam os achados de vários estudos que sugerem que as representações de doença desempenham um papel importante nos resultados de doença.</p> <p>As dimensões cognitivas e emocionais das representações de doença foram forte e positivamente relacionadas umas com as outras com exceção do controlo pessoal e controlo de tratamento, o que vai de encontro aos resultados de outros estudos.</p> <p>Provavelmente o resultado mais significativo deste estudo é que as representações de doença demonstraram relações mais fortes e consistentes com os resultados em termos de saúde do que com as estratégias de <i>coping</i> utilizadas. As correlações mostraram que a dimensão cognitiva (identidade, consequências, duração e controlo) e a “representação emocional” estavam fortemente correlacionadas com a “saúde física” e a “saúde mental” e seguem os padrões previstos pelo modelo. No entanto, a análise de regressão indica que as estratégias de <i>coping</i> não desempenham nenhum papel na explicação da “saúde física” e da “saúde mental”, ao contrário da “identidade” e das “consequências” que desempenham um papel chave em explicar a “saúde física”. Os resultados também demonstraram que a “representação emocional” conjuntamente com o “controlo do tratamento” são importantes variáveis explicativas da “saúde mental”, o que vai de encontro com o que afirma a teoria como sendo um “processo paralelo”, ou seja, os indivíduos constroem representações cognitivas e emocionais da sua doença simultaneamente. O modelo de senso comum descreve 3 fases de processamento (representações de doença, <i>coping</i> e avaliação) e as doentes neste estudo tinham recebido ou estavam a</p>
---	---

	<p>receber os tratamentos, por isso é possível que estivessem na fase de <i>coping</i> ou de avaliação o que, por sua vez, explica porque o tratamento e controlo foi considerado como variável explicativa da saúde mental neste estudo.</p> <p>As estratégias de <i>coping</i> não mediaram a relação entre as representações de doença e a saúde física e mental. Estes resultados são contrários ao que o Modelo de Senso Comum afirma, mas coincide com os resultados dos estudos na síndrome de fadiga crónica e doença e Addison. Uma explicação possível para a fraca relação entre as estratégias de <i>coping</i> e a saúde percebida pode dever-se à utilização de instrumentos genéricos para a avaliação do <i>coping</i>.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Este estudo demonstrou a importância de compreender as representações de doença das mulheres com cancro da mama e como as representações influenciam a saúde percebida destas mulheres. Os resultados apresentados têm implicações para a criação de intervenções que irão ajudar as doentes com cancro de mama a lidar melhor com a sua doença, bem como permitir o aperfeiçoamento da comunicação dos profissionais de saúde com estas doentes. As intervenções devem ir no sentido de alterar as expectativas negativas das mulheres com cancro da mama no que se refere a sintomas e consequências da doença, de forma a melhorar a sua saúde física e mental. Parece, então, ser bastante necessário fornecer informação positiva e realista acerca de como os sintomas estão relacionados com o cancro da mama e quais as consequências desta doença, em termos sociais, financeiros e emocionais.</p>
--	--

	<p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p> <p>A seleção dos participantes através de convite colocado em website para doentes com cancro da mama pode ter limitado a generalização dos resultados. Este grupo selecionado de doentes com cancro de mama pode ter sido relativamente bem informado e motivado e as suas representações de doença e estratégias de <i>coping</i> utilizadas podem ter sido influenciadas por este motivo. Além disto, a realização de um estudo transversal tem implicações importantes nos resultados deste.</p>
--	---

ANEXO 11

Estudo 7: Formulário de Avaliação Crítica Adaptado

THE SELF-REGULATION MODEL OF ILLNESS APPLIED TO SMOKING BEHAVIOR IN LUNG CANCER (E7)

Kristine K. Browning, Mary Ellen Wewers, Amy K. Ferketich, Gregory A. Otterson, Nancy R. Reynolds

Cancer Nursing 32 (4) (2009) E15-E25 USA

O título reflete o seu conteúdo?

☒ Sim ☐ Não

Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a algum atividade profissional de relevância para a investigação)?

☒ Sim ☐ Não

O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?

☒ Sim ☐ Não

REVISÃO DA

LITERATURA:

A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está compreensível?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está atualizada?

☒ Sim

☐ Não

Descreva a pertinência deste estudo.

O cancro do pulmão é responsável por elevada mortalidade nos Estados Unidos da América, tanto em homens como em mulheres. A taxa de sobrevivência aos 5 anos para todos os estadios da doença é de aproximadamente 15%. Deixar de fumar, mesmo após o diagnóstico de cancro do pulmão, melhora a sobrevivência, efeitos secundários da doença e do tratamento e diminui o risco de desenvolver um segundo cancro de pulmão. Assim, os indivíduos que deixam de fumar têm um prognóstico significativamente melhor do que aqueles que continuaram a fumar durante e após os tratamentos. No entanto, apesar dos doentes com cancro de pulmão reconhecerem os benefícios de deixar de fumar, cerca de 13 a 20% destes continua a fumar. Pouca investigação tem vindo a ser conduzida para explorar as influências psicossociais e comportamentais que contribuem para a continuação do ato de fumar mesmo após diagnóstico de cancro de pulmão. Nesse sentido, a pertinência deste estudo reside na tentativa de perceber as perceções de doença destes doentes com vista a poder melhorar a

<p><u>OBJETIVOS/ FINALIDADE DO ESTUDO:</u></p> <p>Os objetivos estão claramente descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>gestão da doença no dia-a-dia, reconhecendo que as crenças que os doentes têm acerca da sua doença influenciam os comportamentos de saúde.</p> <p>Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?</p> <p>Examinar as percepções de doença ao longo do tempo numa amostra de doentes com cancro do pulmão.</p> <p>O objetivo definido vai de encontro à questão de investigação “Qual a associação entre as representações da doença oncológica e a sua autogestão?”, na medida em que conhecendo as representações de doença dos indivíduos com cancro do pulmão e reconhecendo que estas influenciam os seus comportamentos de saúde, tal como a cessação dos hábitos tabágicos, por conseguinte vão auxiliar na autogestão da sua própria doença.</p> <p><u>Questões de investigação</u></p> <p>Os componentes das representações de doença dos doentes com cancro de pulmão que fumavam no momento do diagnóstico alteram-se desde a fase inicial até às 2-4 semanas ou até aos 6 meses?</p> <p>Como é que as razões para fumar ou deixar de fumar dos doentes com cancro de pulmão se alinham com os constructos da teoria de autorregulação?</p> <p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>Não.</p>
<p><u>DESENHO:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não experimental</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p>

<input type="checkbox"/> Randomizado <input type="checkbox"/> Coorte <input type="checkbox"/> Estudo de caso único <input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção <input type="checkbox"/> Caso-controle <input type="checkbox"/> Estudo de caso <input checked="" type="checkbox"/> Descritivo <input type="checkbox"/> Correlacional <input type="checkbox"/> Preditivo <input type="checkbox"/> Transversal <input checked="" type="checkbox"/> Longitudinal	<p>Estudo não experimental, descritivo e longitudinal.</p> <p>O desenho parece adequado ao estudo, dado que existe pouca literatura que se dedique a explorar a influências das representações de doença nos indivíduos com cancro do pulmão na alteração de comportamentos associados ao tabagismo, em diferentes momentos da sua doença.</p>
<p><u>MÉTODO, AMOSTRA:</u></p> <p>N (fase inicial) = 52 N (2-4 semanas) = 47 N (6 meses) = 29</p> <p>A amostra foi descrita detalhadamente? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>A amostra é representativa da população? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input checked="" type="checkbox"/> Sem dados para resposta</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?). Havia mais de um grupo?</p> <p>Foram emparelhados?</p> <p>Recrutamento efetuado a partir do serviço de oncologia torácica de um centro oncológico.</p> <p><u>Crítérios de inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 18 anos; • Diagnóstico confirmado de cancro de pulmão (não pequenas células e pequenas células) efetuado nos últimos 60 dias e que refiram hábitos tabágicos nos últimos sete dias; • Capacidade de entender a língua inglesa. <p>Fase inicial: questionário sociodemográfico, informação clínica, história de consumo de tabaco e IPQ-R.</p> <p>2-4 semanas após diagnóstico: IPQ-R. Período selecionado para examinar as representações de doença depois de permitir ao doente algum tempo para considerar a informação médica no que respeita ao diagnóstico, prognóstico e tratamento.</p> <p>6 meses após diagnóstico: informação clínica, história de consumo de tabaco e IPQ-R. Período escolhido porque é um tempo razoável para os doentes terem terminado a fase inicial de tratamentos e para não excluir doentes numa fase mais avançada da doença.</p>

	<p>Aos doentes que referiram cessação dos hábitos tabágicos nesta fase foi pedido para efetuar colheita de amostra de saliva para verificação bioquímica da existência de nicotina.</p> <p>Todos os doentes pertencentes a esta clínica são rotineiramente questionados acerca dos seus hábitos tabágicos e incentivados a deixar de fumar em todas as visitas à mesma.</p> <p>Os questionários foram autoadministrados e escritos, os doentes responderam ao questionário enquanto esperavam pela consulta, via e-mail ou durante o tratamento de quimioterapia.</p> <p>Quais as características da amostra?</p> <p><u>Sociodemográficas</u></p> <p>50% do género feminino, 61.5% casados, caucasianos (84.6%), 5.8% não tinha seguro de saúde, 42.9% com rendimento familiar anual inferior a \$25,000.</p> <p><u>Clínicas</u></p> <p>78.8% apresenta diagnóstico de cancro do pulmão não pequenas células e 68.6% encontram-se em estadios mais avançados da doença. 40% (n=31) já tinha iniciado o tratamento (quimioterapia, radioterapia e/ou cirurgia) na fase inicial. No início do estudo o tempo médio decorrido desde a data do diagnóstico foi de 26.1 dias.</p> <p>Consumo tabágico: Em média fumavam 16 cigarros por dia e a média de anos que fumaram foi de 36.8 anos. O número médio de tentativas de deixar de fumar foi de 5.1, sendo que o maior número de tentativas para deixar de fumar ocorreu no período de avaliação de 6 meses. 89.7% dos doentes recebeu quimioterapia, sendo que maioria dos doentes (51.7%) recebeu quimioterapia e radioterapia.</p> <p>Não houve diferenças estatísticas sociodemográficas</p>
--	---

<p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><u>MÉTODO, INTERVENÇÃO:</u></p> <p>A intervenção está descrita detalhadamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A “contaminação” foi evitada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co-intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p>	<p>ou clínicas entre os participantes que responderam em todos os momentos e os que apenas responderam em 1 ou 2 momentos.</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p> <p>Fase inicial: 52 doentes; 2-4 semanas: 47 doentes (5 doentes não se encontravam contactáveis); 6 meses: 29 doentes (21.7% (5) perdidos no follow-up, 73.9% (17) faleceram e 4.4% (1) desistiu.</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os sujeitos assinaram o termo de consentimento?</p> <p>Obtido consentimento informado junto dos doentes e efetuado pedido de aprovação do estudo à comissão de ética do centro oncológico.</p> <p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico).</p> <p>Não se aplica.</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica?</p> <p>Não se aplica.</p>
--	--

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	
<p><u>MÉTODO, INSTRUMENTOS</u></p> <p><u>DE COLHEITA DE DADOS:</u></p>	<p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas.</p>
<p>As medidas utilizadas estão descritas?</p>	<p>Questionário sociodemográfico: idade, género, seguro de saúde, escolaridade, etnia, estado civil, rendimento familiar anual.</p>
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito	<p>História de consumo de tabaco: número de cigarros por dia, número de anos que fuma, tentativas prévias de cessação tabágica, convivência na mesma casa com outro fumador.</p>
<p>As medidas apresentam validade?</p>	<p>Informação médica: tipo de cancro de pulmão, estadio, tratamentos prévios à entrada no estudo, data do diagnóstico</p>
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito	<p><u>IPQ-R Illness Perception Questionnaire-Revised (Moss-Morris, 2002):</u> medida quantitativa de</p>
<p>As medidas apresentam fidelidade?</p>	<p>representações de doença contendo 5 escalas que avaliam cada um dos componentes da representação de doença. A escala de identidade inclui 14 sintomas, fornecendo uma medida do número de sintomas</p>
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito	<p>percecionados pelos doentes como estando associados à doença (valores elevados indicam um número elevado de sintomas atribuídos à doença). As demais escalas incluem: duração aguda/ crónica (6 itens), duração cíclica (4 itens), consequências (6 itens), controlo pessoal (6 itens), controlo de tratamento (5 itens), representação emocional (6 itens), estes itens são classificados pelos doentes numa escala de Likert de 5 pontos desde “discordo plenamente até “concordo plenamente”, onde valores elevados correspondem a fortes crenças em cada um dos respetivos componentes.</p>

<p><u>MÉTODO, ANÁLISE DOS DADOS:</u></p> <p>Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Descreve as estratégias de análise de dados. Que tipos de análises estatísticas são realizados?</p> <p><u>Análise descritiva</u></p> <p>Cálculo de médias, desvios-padrão e frequências dos dados sociodemográficos e clínicos, do consumo de tabaco e das representações de doença.</p> <p>Determinação de consistência interna do instrumento de colheita de dados através do cálculo do alfa de Cronbach.</p> <p><u>Análise inferencial</u></p> <p>Diferenças entre as médias dos atributos do IPQ-R em cada momento de avaliação foram calculadas através da análise de variância (ANOVA), efetuado teste post-hoc de Tukey-Kramer e verificada normalidade e simetria. Os dados que não respeitaram a normalidade foram submetidos a teste Wilcoxon Signed-Rank.</p> <p>As respostas abertas foram analisadas independentemente por duas enfermeiras peritas e determinada a percentagem de concordância.</p>
<p><u>RESULTADOS:</u></p> <p>Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p < 0,05$)?</p> <p><u>Tabagismo</u></p> <p>29 Doentes completaram o questionário “Smoking Status” aos 6 meses.</p> <p>22 Doentes eram fumadores; 7 doentes estavam a tentar deixar de fumar, dos quais 5 (17.2%) destes confirmou-se bioquimicamente a abstinência de nicotina através da amostra de saliva.</p> <p>A maioria dos doentes (76.7%) realizou pelo menos uma tentativa para deixar de fumar e os fumadores apresentaram uma média de 2.9 tentativas para deixar de fumar, ambas nos 6 meses anteriores.</p>

	<p><u>IPQ-R</u> (fase inicial e 2-4 semanas após)</p> <p>As médias do atributo duração aguda/ crónica indicam que os doentes acreditam que a sua doença é mais crónica do que aguda.</p> <p>As médias do atributo duração cíclica mostraram que os doentes têm fortes crenças na natureza cíclica da sua doença.</p> <p>Os doentes têm fortes crenças associadas ao controlo pessoal e de tratamento.</p> <p>As médias do atributo representação emocional foram altas.</p> <p><u>IPQ-R</u> (fase inicial, 2-4 semanas após e 6 meses após)</p> <p>Não ocorreram diferenças significativas nos resultados médios do IPQ-R entre os respondentes na fase inicial e os respondentes e os não respondentes aos 6 meses.</p> <p>Todos os resultados mostraram distribuição normal à exceção do atributo identidade. Os resultados de identidade (nos 3 momentos) tiveram uma distribuição mista, o que aparenta ser uma resposta binária onde muitos doentes referiram apresentar tanto 0 como 14 sintomas, com distribuição normal no período central. Os valores das médias de identidade foram significativamente superiores no segundo momento ($p=0.03$) e aos 6 meses ($p=0.01$) quando comparados com os valores da fase inicial.</p> <p>Foram encontradas diferenças significativas entre os valores médios do controlo pessoal, tendo sido significativamente inferiores aos 6 meses quando comparados com os da fase inicial.</p> <p>As médias da duração aguda/ crónica foram significativamente diferentes, sendo que aos 6 meses os doentes apresentavam uma crença maior acerca da cronicidade da sua doença quando comparadas</p>
--	--

<p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p>com a fase inicial e com a 2ª fase de avaliação.</p> <p>O atributo controlo de tratamento revelou médias significativamente mais baixas no período do 6 meses do que no período inicial.</p> <p>Os valores de consistência interna demonstraram ser bons e comparáveis com outros estudos (0.80-0.91) para os atributos duração aguda/ crónica, controlo pessoal, coerência e representação emocional, nos 3 momentos de avaliação.</p> <p>Os valores de consistência interna dos atributos duração cíclica (0.60-0.73), controlo de tratamento (0.56-0.81) e consequências (0.61-0.82), nos 3 momentos, demonstraram ser inferiores aos de estudos anteriores.</p> <p><u>IPQ-R</u> (aos 6 meses)</p> <p>Os fumadores apresentaram médias superiores nos atributos identidade, duração crónica, duração cíclica e representação emocional, enquanto os ex-fumadores apresentaram médias superiores de controlo de tratamento. As médias das consequências e da coerência foram semelhantes em ambos os grupos.</p> <p>Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos?</p> <p>Não está descrita. Não se aplica.</p>
--	--

<p><u>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:</u></p> <p>As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p>Os componentes das representações de doença, identidade, duração aguda/crónica, controlo pessoal e controlo de tratamento, mudaram significativamente ao longo do tempo, desde a fase inicial até aos 6 meses após o diagnóstico de cancro do pulmão; outros estudos revelam que estes e outros componentes sofreram também alterações ao longo do tempo, em doentes com outras patologias.</p> <p>A componente identidade aumentou ao longo do tempo, o que é consistente com a experiência da doença e a maior sintomatologia associada aos tratamentos. Os doentes com cancro do pulmão identificam os seus sintomas como relacionados com a doença. A maioria dos doentes continuou a fumar, o que pode ter contribuído para o aumento da sintomatologia; os doentes não fumadores, aos 6 meses, referiram menos sintomas do que os fumadores (apesar de não poder ser comparados estatisticamente).</p> <p>Uma forte crença no controlo pessoal e de tratamento da doença foi demonstrada pelos doentes na fase inicial de diagnóstico, sendo que ambos os atributos decresceram significativamente ao longo do tempo. Esta forte crença é mais apropriada em doentes que estejam a realizar tratamentos ou tenham realizado cirurgia, mas particularmente neste estudo não se observou o que pode ter sido resultado de que esta doença é efetivamente muito séria e com um mau prognóstico associado. As tentativas não sucedidas para deixar de fumar podem também ter contribuído para a diminuição do controlo pessoal e de tratamento. Além disso, os fumadores apresentaram menor controlo pessoal e de tratamento aos 6 meses do que os não fumadores (apesar de não poder ser</p>
---	---

	<p>comparado estatisticamente).</p> <p>O aumento significativo da crença duração crónica ao longo do tempo sugere que no momento de diagnóstico os doentes possam não ter percebido a natureza de viver com uma doença crónica e que, passados 6 meses, estes ganharam uma maior compreensão da cronicidade da sua doença. Esta crença foi também mais forte junto dos fumadores (não estatisticamente comparável), talvez porque os hábitos tabágicos continuados acentuem a cronicidade do seu cancro do pulmão.</p> <p>O aumento da tendência (embora estatisticamente não significativa) da natureza cíclica do cancro de pulmão foi consistente com os doentes estarem a receber ou terem recebido recentemente quimioterapia.</p> <p>A crença aumentada e consistente de que o cancro do pulmão produz consequências negativas era esperada tendo em conta quer a toxicidade dos tratamentos quer o mau prognóstico da doença.</p> <p>Os resultados associados à coerência foram relativamente estáveis ao longo do tempo, sugerindo que talvez estes doentes beneficiassem de maior informação fornecida.</p> <p>A tendência decrescente (embora estatisticamente não significativa) da representação emocional reflete uma menor resposta emocional, talvez justificada pela maior aceitação do diagnóstico e/ou tratamento.</p> <p>A dependência pela nicotina foi o motivo mais frequentemente referido pelos participantes como justificação para os seus hábitos tabágicos.</p> <p>A cessação tabágica após o diagnóstico de cancro do pulmão é uma importante mudança de comportamento relacionada com a saúde. As características que contribuem para a continuidade dos hábitos tabágicos em doentes com cancro do</p>
--	---

	<p>pulmão não são ainda bem conhecidas. Para que os profissionais de saúde possam empreender intervenções mais efetivas na cessação tabágica é necessária a realização de mais investigação, podendo os modelos fornecer um enorme contributo na elaboração das mesmas.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Desenvolvimento de intervenções para ajudar os doentes com cancro do pulmão a lidar (coping) com os sintomas relacionados com a doença e com o distress emocional, bem como incentivar à cessação tabágica. Entender o contexto em que o doente percebe a doença e o comportamento associado ao tabagismo pode contribuir para influenciar comportamentos de mudança. O stress emocional e os efeitos secundários dos tratamentos devem ser tidos em conta enquanto os doentes tentam deixar de fumar.</p> <p>É necessário investigar a influência que as representações de doença exercem na capacidade de decisão dos doentes com cancro do pulmão na continuidade ou cessação dos hábitos tabágicos e, assim, desenvolver intervenções adaptadas às representações de doença dos indivíduos.</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p> <p>Uma parte importante da amostra faleceu antes do 3º momento de avaliação (aos 6 meses) o que reduziu a possibilidade dos investigadores estudarem e compararem as representações de doença dos participantes nas diferentes fases da doença.</p> <p>As representações de doença podem ter sido influenciadas pelo tipo de tratamento recebido.</p>
--	--

	<p>A percepção dos sintomas pode ter sido influenciada pelo tratamento ou pelos sintomas relacionados com a doença e não explicar o papel dos hábitos tabágicos.</p> <p>O estudo incluiu fumadores e no seu curso natural de comportamentos seguido de um diagnóstico de cancro do pulmão. Os indivíduos que nunca fumaram, ex-fumadores e recentes ex-fumadores podem ter comportamentos associados ao tabagismo e representações de doença bem diferentes.</p>
--	--

ANEXO 12

Eestudo 8: Formulário de Avaliação Crítica Adaptado

**COMMON-SENSE BELIEFS ABOUT CANCER AND HEALTH PRACTICES
AMONG WOMEN COMPLETING TREATMENT FOR BREAST CANCER (E8)**

Erin S. Costanzo, Susan K. Lutgendorf, Susan L. Roeder

Psycho-Oncology 20 (2011) 53-61 USA

O título reflete o seu conteúdo?

☒ Sim ☐ Não

Os autores são credíveis (i.e., apresentam habilitações académicas ou ligação a algum atividade profissional de relevância para a investigação)?

☒ Sim ☐ Não

O resumo sintetiza os pontos principais do estudo?

☒ Sim ☐ Não

REVISÃO DA

LITERATURA:

A revisão da literatura é relevante para a temática em estudo?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está compreensível?

☒ Sim

☐ Não

A revisão da literatura está atualizada?

☒ Sim

☐ Não

Descreva a pertinência deste estudo.

O fim dos tratamentos adjuvantes é um tempo de transição e de aumento de *distress* nas mulheres com cancro da mama. Findos os tratamentos e consultas médicas regulares, a mulher sente que perde o seu “ponto de segurança”.

Investigadores e profissionais de saúde começam a reconhecer a necessidade de auxiliar as sobreviventes de cancro da mama a desenvolver estratégias comportamentais e ativas de *coping* para lidar melhor com incertezas/ medos quando os tratamentos terminarem. Assim, intervenções psicossociais estão a ser desenvolvidas com vista a facilitar a transição para o momento pós tratamento.

As representações de senso comum que as doentes possuem acerca do cancro podem desempenhar um papel importante no auxílio destas doentes na reconstrução da sua segurança no momento após o tratamento.

A pertinência deste estudo reside na necessidade de estudar as relações entre as crenças acerca do cancro, à luz do modelo de autorregulação do comportamento em saúde de Leventhal, as práticas de saúde e outras formas de *coping*, dado que ainda

<p><u>OBJETIVOS/ FINALIDADE</u></p> <p><u>DO ESTUDO:</u></p> <p>Os objetivos estão claramente descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>não foram bem estudadas. De realçar que o momento após o tratamento é potencialmente privilegiado para ensinar e, de igual modo, não tem sido muito estudado.</p> <p>Descreva os objetivos/finalidade do estudo. Como é que este estudo se aplica à sua questão de investigação?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar em que medida os doentes com cancro da mama referem fazer alterações comportamentais três semanas após e três meses após o tratamento, e que comportamentos são mais suscetíveis de se alterar. 2. Caracterizar as mulheres que referiram melhorar as suas práticas relacionadas com a saúde com aquelas que não demonstraram qualquer melhoria. 3. Caracterizar as representações de senso comum relacionadas com o cancro utilizando o modelo de Leventhal. 4. Determinar se as representações de senso comum quando medidas imediatamente ao término dos tratamentos estão associadas com alterações de comportamentos. <p>Os objetivos definidos vão de encontro à nossa questão de investigação, na medida em que conhecendo as representações de doença das mulheres com cancro da mama e reconhecendo que estas podem influenciar alterações comportamentais relacionadas com a saúde, por conseguinte, vão afetar a autogestão da sua doença.</p>
---	---

	<p>Existe alguma hipótese formulada? Se sim, descreva.</p> <p>Hipótese A: As mulheres com maior percepção de: a) controlo sobre a sua doença, b) duração crónica, c) consequências severas, três semanas após o tratamento têm mais propensão para efetuarem alterações dos estilos de vida três semanas e três meses após o tratamento.</p> <p>Hipótese B: As mulheres optam por alterações do comportamento compatíveis com as suas representações de senso comum relativamente ao que causou o seu cancro e o que poderá prevenir a recorrência do mesmo.</p>
<p><u>DESENHO:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Quasi-experimental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não experimental</p> <p><input type="checkbox"/> Randomizado</p> <p><input type="checkbox"/> Coorte</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso único</p> <p><input type="checkbox"/> Pré e pós intervenção</p> <p><input type="checkbox"/> Caso-controle</p> <p><input type="checkbox"/> Estudo de caso</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Descritivo</p> <p><input type="checkbox"/> Correlacional</p> <p><input type="checkbox"/> Preditivo</p> <p><input type="checkbox"/> Transversal</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Longitudinal</p>	<p>Descreva o desenho do estudo. Este desenho está adequado à pergunta do estudo? (i.e., pelo nível do conhecimento sobre o assunto, resultados, questões éticas, etc.)</p> <p>Estudo não experimental, descritivo e longitudinal.</p> <p>O desenho parece adequado ao estudo, dado que existe pouca literatura que se dedique a explorar as relações entre as representações de doença e as alterações comportamentais relacionadas com a saúde das sobreviventes de cancro da mama, principalmente em diferentes momentos após os tratamentos.</p>
<p><u>MÉTODO, AMOSTRA:</u></p> <p>N=79 (três semanas após o tratamento)</p> <p>N=71 (três meses após o tratamento)</p> <p>A amostra foi descrita detalhadamente?</p>	<p>Amostragem (quem; características; quantos; como foi formada a amostra?).</p> <p><u>Critério de inclusão:</u> mulheres tratadas com QT e/ou RT adjuvante para estadios 0-III de cancro da mama.</p> <p><u>Critério de exclusão:</u> mulheres com cancro da mama recorrente ou metastático.</p> <p>Recrutadas a partir de 5 centros do centro-oeste durante o tratamento adjuvante, como parte de um</p>

<p> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </p> <p>Foi apresentada uma justificação para o tamanho da amostra?</p> <p> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não </p> <p>A amostra é representativa da população?</p> <p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está descrito <input checked="" type="checkbox"/> Sem dados para resposta </p> <p>Existe referência sobre os participantes que abandonaram o estudo?</p> <p> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica </p>	<p>estudo mais abrangente de ajustamento psicológico após tratamentos.</p> <p>O questionário foi enviado por correio e devolvido via envelope com porte pago.</p> <p>Havia mais do que um grupo? Foram emparelhados?</p> <p>Não existia(m) outro(s) grupo(s).</p> <p>Quais as características da amostra?</p> <p><u>Sociodemográficas</u></p> <p>Idade: entre os 32 e os 89 anos e média de 55.0 anos; Estado civil: 73.8% casadas ou em união de facto; Escolaridade: 31.8% com ensino secundário; Raça: 93.2% caucasianos.</p> <p><u>Clínicas</u></p> <p>Estadio do tumor: 47.1% no estadio II, 33.3% no estadio I, 13.8% no estadio III, 5.7 no estadio 0;</p> <p>Tratamento realizado: 86.4% radioterapia, 79.5% tumorectomia, 77% hormonoterapia, 71.6% quimioterapia e 27.3% mastectomia.</p> <p>As mulheres que completaram e as que não completaram as medidas nos dois momentos, não apresentavam diferenças sociodemográficas e clínicas, com exceção do estado civil (as que não responderam no segundo momento era mais provável serem divorciadas ou separadas do que casadas ou solteiras).</p> <p>Houve abandono do estudo por parte de algum dos participantes? Porquê? (Os motivos foram esclarecidos e os abandonos foram adequadamente abordados?)</p> <p>113 mulheres abordadas para participar, 102 envolveram-se no estudo, no entanto só 79</p>
--	---

<p><u>MÉTODO, INTERVENÇÃO:</u></p> <p>A intervenção está descrita detalhadamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A “contaminação” foi evitada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A co intervenção (intervenção simultânea) foi evitada, se a as variáveis parasitas foram controladas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>completaram a primeira medições e apenas 71 completaram a segunda medição. Motivos para não participação: restrições de tempo e desinteresse em participar em estudos de investigação.</p> <p>As doentes que não completaram a avaliação aos três meses após o tratamento não foram incluídas na análise prospetiva que examina as relações entre preditores às três semanas e os resultados aos três meses.</p> <p>Descreva os procedimentos éticos. Os sujeitos assinaram o termo de consentimento?</p> <p>Solicitado o pedido de autorização à comissão de ética dos cinco centros hospitalares e assinado o consentimento informado pelos participantes.</p> <p>Descreva sucintamente a intervenção (foco da intervenção, quem a realizou, com que frequência, local / contexto clínico).</p> <p>Não se aplica.</p> <p>A intervenção realizada pode ser utilizada na prática clínica?</p> <p>Não se aplica.</p>
--	---

<p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><u>MÉTODO, INSTRUMENTOS</u></p> <p><u>DE COLHEITA DE DADOS:</u></p> <p>As medidas utilizadas estão descritas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>As medidas apresentam validade?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>As medidas apresentam fidelidade?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>Descreva os instrumentos utilizados na recolha dos dados e as suas propriedades métricas.</p> <p>Foram avaliados dois aspetos de comportamentos de saúde: mudanças auto relatadas após o diagnóstico de cancro (por exemplo, se aumentou a atividade física ou se comeu mais fruta e legumes?) e práticas de saúde no momento das avaliações (por exemplo, a intensidade da atividade física ou o número de porções de frutas e legumes consumidos diariamente).</p> <p>1. <u>Práticas de saúde:</u></p> <p>a) Alterações comportamentais em vários domínios. Pedido para comparar os comportamentos atuais e os comportamentos prévios ao diagnóstico, de modo a determinar a direção das mudanças com respostas “menos ou parei agora”, “mais ao menos o mesmo”, “mais ou comecei agora”, perguntas abertas de estudos anteriores a mulheres com cancro da mama e por alterações de comportamento habitualmente referenciadas por estas mulheres e por diretrizes.</p> <p>b) Práticas de saúde correntes/atuais (relativas às últimas 2 semanas): indicar o nº de cigarros fumados/semana e o nº de bebidas alcoólicas/semana, incluída uma medida de atividade física modificada e uma medida relativa à dieta “<i>rapid food screeners</i>”</p> <p>2. <u>IPQ-R Illness Perception Questionnaire-Revised (Moss-Morris, 2002):</u> avalia as crenças dos doentes acerca da sua doença, tendo sido utilizadas as seguintes subescalas:</p> <p>a) Duração aguda/crónica,</p>
--	--

<p><u>MÉTODO, ANÁLISE DOS DADOS:</u></p> <p>Os métodos de análise de dados estão descritos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>b) Controlo pessoal,</p> <p>c) Consequências,</p> <p>d) Atribuição causal (causas) modificada.</p> <p>Escala de Likert de 5 pontos desde “nada importante” até “muito importante”.</p> <p>Medida a importância dos vários fatores na prevenção da recorrência do cancro.</p> <p>Descreve as estratégias de análise de dados? Que tipos de análises estatísticas foram realizados?</p> <p><u>Análise descritiva</u></p> <p>Cálculo de médias e frequências para caracterização das alterações de comportamento, práticas de saúde e as crenças na doença.</p> <p><u>Análise inferencial</u></p> <p>Análise de variância univariada para comparar quatro práticas de saúde consideradas chave, nomeadamente, consumo de gorduras, consumo de frutas e vegetais, atividade física e ingestão de álcool, nas mulheres que referiram alterações positivas no comportamento correspondente com aquelas que não reportaram alterações no comportamento.</p> <p>Modelos de regressão logística a co variar com a idade e a duração do tratamento (meses desde a cirurgia ou desde o primeiro tratamento neoadjuvante até ao último tratamento adjuvante), utilizados para examinar as relações entre as crenças e as alterações comportamentais às três semanas após tratamento.</p> <p>Modelos de regressão logística ajustado às co variáveis e às alterações de comportamento às três semanas de tratamento, para examinar as relações entre as crenças às três semanas e as alterações de comportamento aos três meses após tratamentos.</p> <p>Cinco alterações de comportamento foram</p>
---	---

	<p>selecionadas enquanto os resultados baseados na frequência da sua realização e sua relevância teórica/prática (consumo de gordura, consumo de frutas e vegetais, atividade física, ingestão de álcool e redução de stress), dicotomizadas em 2 respostas “realizou uma mudança positiva no comportamento” e “não realizou mudanças positivas no comportamento”. As relações entre as outras potenciais co variáveis e os resultados foram testadas e analisadas, não tendo sido encontradas relações significativas entre estas variáveis e as alterações de comportamento para além dos efeitos da idade e da duração do tratamento ($p>0.10$).</p>
<p><u>RESULTADOS:</u></p> <p>Os resultados estão relatados em termos de significância estatística?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Não está descrito</p> <p>Os resultados estão apresentados de forma clara e apropriada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Quais foram os resultados encontrados? Foram estatisticamente significativos (i.e., $p<0,05$)?</p> <p><u>Alterações de comportamento e práticas de saúde após tratamento (Objetivo 1)</u></p> <p>Os doentes usualmente referem alterações de comportamento não apenas nas práticas de saúde mas também em outras áreas, como incremento da oração e da meditação e evitamento mais frequente de stresse.</p> <p>As mulheres que referiram alterações positivas na avaliação das alterações de comportamento tipicamente referem melhores práticas de saúde do que as mulheres que não referiram alterações positivas, no entanto, as diferenças não foram estatisticamente significativas para a dieta e para a atividade física ($p>0.10$).</p> <p>As mulheres que reduziram a ingestão de álcool 3 meses após o tratamento referiram menos consumo de álcool do que aquelas que não referiram esta mudança $F=7.44$, $p=0.009$.</p> <p>As mulheres estavam a ir bastante bem com respeito à maior parte das práticas de saúde avaliadas. No que diz respeito à dieta estavam muito próximas das</p>

	<p>recomendações emanadas para a prevenção de cancro.</p> <p>Os resultados médios da atividade física excederam o mínimo definido pelas diretrizes da ACS (American Cancer Society).</p> <p>As mulheres referiram que consomem pouco álcool (média 2 copos/semana).</p> <p><u>Caracterização dos modelos de senso comum do cancro da mama (objetivo 2)</u></p> <p>1 – crença fraca; 5 – crença forte</p> <p>Nas 3 semanas após tratamento as mulheres acreditaram que tinham controlo moderado sobre a sua doença (M=3.48, DP=0.65)</p> <p>As mulheres perceberam o seu cancro como sendo uma condição mais aguda do que crónica, embora não tenha sido uma crença muito forte (M=2.53, DP=0.57). As mulheres perceberam o seu cancro como tendo consequências moderadas nas suas vidas (M=3.56, DP=0.61). Não ocorreram alterações significativas nos resultados de IPQ-R desde as 3 semanas até aos 3 meses após o tratamento ($p>0.10$)</p> <p><u>Relações entre crenças de senso comum e as mudanças comportamentais (objetivo 3)</u></p> <p><u>Controlo pessoal</u></p> <p>O controlo pessoal não se encontrava significativamente associado com as mudanças nos 5 comportamentos chave no tempo concomitante (3 semanas após tratamento) e no tempo prospetivo (3 meses após tratamento), mesmo ajustando a idade e a duração do tratamento. Mulheres com elevada perceção de controlo pessoal eram mais propensas (mas de forma pouco significativa) a apresentar diminuição de consumo de gorduras $\chi^2(1)=3.55$, $p=0.060$, OR=1.39 e aumento do evitamento do stress $\chi^2=3.18$, $p=0.075$, OR=1.16, às 3 semanas após tratamento.</p>
--	--

	<p><u>Duração aguda/crônica</u></p> <p>As crenças acerca da duração também não se encontravam associadas com nenhuma das 5 mudanças de comportamento.</p> <p><u>Consequências</u></p> <p>Nenhuma relação significativa concomitante entre as consequências e as mudanças de comportamento às 3 semanas após tratamento. As mulheres que percebiam consequências mais severas do seu cancro às 3 semanas após o tratamento estavam mais propensas a referir aumento da frequência de evitamento de stress aos 3 meses após tratamento, no entanto $\chi^2(1)=4.41$, $p=0.036$, $OR=1.37$. As mulheres estavam também mais propensas (de forma pouco significativa) a aumentarem o consumo de fruta e de vegetais $\chi^2(1)=3.42$, $p=0.064$, $OR=1.28$. As consequências não previram significativamente mudanças de comportamento no consumo de gordura, na atividade física e na ingestão de álcool.</p> <p><u>Atribuições causais</u></p> <p>Mulheres que atribuíam o desenvolvimento do seu cancro à dieta estavam mais propensas a referirem que aumentaram a ingestão de frutas e de vegetais $\chi^2(1)=5.10$, $p=0.024$, $OR=1.90$ e que diminuiram o consumo de gorduras $\chi^2(1)=5.84$, $p=0.016$, $OR=10.10$, às 3 semanas após o tratamento. No entanto, esta atribuição não previu mudanças adicionais na dieta aos 3 meses após o tratamento. As mulheres que atribuíam o cancro à falta de exercício físico não estavam mais propensas a apresentar aumento da atividade física às 3 semanas após o tratamento, mas estavam mais propensas a aumentar a atividade física aos 3 meses após o tratamento $\chi^2(1)=3.90$, $p=0.048$, $OR=1.73$. As mulheres que atribuíam o seu cancro ao stress e preocupações mostraram uma tendência para</p>
--	---

<p>A importância clínica está descrita?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p>aumentar a frequência com que evitam situações stressantes às 3 semanas após tratamento $\chi^2(1)=3.12$, $p=0.077$, OR=1.50, e 3 meses após tratamento $\chi^2(1)=3.12$, $p=0.077$, OR=1.75. Não ocorreram relações significativas entre a atribuição do cancro à ingestão de álcool e à diminuição do seu consumo.</p> <p><u>Crenças na prevenção da recorrência</u></p> <p>As crenças na prevenção da recorrência às 3 semanas após os tratamentos estavam associadas com as alterações nas práticas de saúde no mesmo momento. Assim, as mulheres que acreditavam que uma dieta saudável podia prevenir a recorrência estavam mais propensas a aumentar o consumo de frutas e de vegetais $\chi^2(1)=6.20$, $p=0.013$, OR=3.87, mas não aumentavam a ingestão de gorduras. As mulheres que acreditavam que a diminuição ou a cessação da ingestão de álcool podia prevenir a recorrência da doença reduziram a ingestão do mesmo $\chi^2(1)=4.70$, $p=0.030$, OR=1.67. De igual modo, as mulheres que acreditavam que a diminuição do stress poderia prevenir a recorrência da doença estavam mais propensas a aumentar a frequência com que evitavam situações stressantes $\chi^2(1)=9.36$, $p=0.002$, OR=2.87. Não existiram relações entre a crença que o exercício poderia prevenir a recorrência da doença. Além disso, nenhuma das crenças às 3 semanas após o tratamento previu alterações positivas nos comportamentos de saúde aos 3 meses após tratamento.</p> <p>Qual a importância clínica dos resultados? Houve diferença clinicamente significativa entre grupos?</p> <p>Não está descrita. Não se aplica.</p>
--	---

<p><u>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS:</u></p> <p>As conclusões estão coerentes com questões/hipóteses do estudo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os resultados do estudo são generalizáveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não está descrito</p>	<p>O que o estudo concluiu?</p> <p>Os resultados deste estudo indicaram que as sobreviventes do cancro da mama esforçam-se para fazer alterações na sua vida após os tratamentos adjuvantes e, especificamente, são frequentes mudanças nas suas práticas de saúde. As mulheres com frequência referem o aumento da frequência de autoexame da mama, maior ingestão de frutas e vegetais, aumento da atividade física e redução da ingestão de álcool e de hábitos tabágicos, com mais de um quarto das participantes a referirem cada uma destas alterações positivas dos seus comportamentos de saúde. Além disso, as mulheres que referem efetuar estas mudanças adaptativas estavam de facto a fazer melhor do que os seus pares para as práticas de saúde examinadas. As sobreviventes de cancro da mama também realizaram alterações que pareceram aumentar diretamente a saúde emocional e espiritual, com ¼ da amostra a referir maior frequência evitamento de situações stressantes e maior recurso à oração e meditação. Os resultados do estudo sugerem que as mulheres estão preparadas para fazer mudanças importantes no estilo de vida após o término dos tratamentos e este deve ser um período sensível para se intervir na promoção de saúde.</p> <p>Estas mudanças podem ser conduzidas pelos esforços dos sobreviventes para aliviar preocupações acerca da recorrência através da execução de alterações que estes acreditem possam diminuir a possibilidade de recorrência. De facto, a maioria das mudanças coincide com o que se encontra definido nas diretrizes de saúde para os sobreviventes de cancro e de prevenção de cancro da mama. As alterações parecem também refletir diferenças individuais nas sobreviventes de cancro da mama,</p>
---	--

	<p>particularmente as percepções de severidade do impacto do cancro da mama e as atribuições acerca dos fatores que podem ter causado o cancro e podem prevenir a recorrência.</p> <p>Normalmente, as sobreviventes de cancro da mama acreditavam que tinham um controlo moderado sobre o seu cancro, percebiam o seu cancro como tendo consequências moderadas a severas nas suas vidas e viam o seu cancro mais como uma condição aguda do que crónica (embora esta última crença não tão forte).</p> <p>Além disso, as mulheres tinham ideias bastante fortes acerca do que lhes poderia ter causado o cancro e o que poderiam fazer na atualidade para prevenir a sua recorrência. As mulheres classificaram as hormonas, as toxinas/riscos ambientais e a genética/hereditariedade como as causas mais importantes do seu cancro, com mais de 70% das mulheres a referirem estes fatores como importantes no desenvolvimento do cancro, seguido da dieta, do stress e da idade. Estas atribuições, na sua maioria, são bastante consistentes com o conhecimento epidemiológico e médico. As mulheres frequentemente nomearam fatores controláveis como fatores importantes na prevenção da recorrência, nomeadamente os exames médicos foram vistos como os mais cruciais na prevenção da recorrência, seguidos pela prática de uma alimentação saudável, ter uma atitude positiva, praticar exercício físico e a toma de medicamentos. 92% das participantes acreditava que uma atitude positiva era importante na prevenção da recorrência, o que coincide com achados de outros estudos similares. Fatores como a vontade de Deus e o acaso foram vistos como menos importantes. Esta questão de focar nos fatores controláveis pode ser psicologicamente protetor, ou</p>
--	--

	<p>seja, pode ser importante as mulheres acreditarem que podem desempenhar um papel na prevenção da recorrência.</p> <p>As diferenças individuais nas crenças de senso comum foram modestamente bem-sucedidas em explicar as alterações de comportamento após o tratamento, com algumas dimensões a mostrarem melhores utilidade preditivas do que outras. Contrariamente às hipóteses criadas, as crenças acerca do controlo pessoal e o desenvolvimento da doença não foram úteis na explicação das alterações comportamentais. As crenças acerca das consequências, fatores causais e a prevenção da recorrência estavam mais propensas a estar relacionadas com mudanças de comportamento após o tratamento, e as relações estavam na direção indicada pela hipótese. As mudanças após o tratamento frequentemente coincidiram com a atribuição causal das participantes, com aquelas que atribuíram o desenvolvimento do seu cancro à dieta, falta de exercício ou stress a fazerem melhorias nas respetivas práticas de saúde. As alterações nas práticas de saúde corresponderam similarmente às crenças na prevenção da recorrência. As mulheres que acreditavam que praticar uma alimentação saudável, reduzir a ingestão de álcool ou reduzir o stress poderia prevenir a recorrência do cancro eram mais propensas a realizar estas alterações.</p> <p>Quais as implicações desses resultados para a prática clínica?</p> <p>Os resultados sugerem que o período pós tratamento é um tempo oportuno para encorajar e educar as sobreviventes de cancro da mama relativamente a práticas de saúde positivas.</p> <p>Intervenções psico-educacionais cujo alvo sejam as</p>
--	---

	<p>crenças de senso comum podem ajudar os doentes a desenvolver crenças mais adequadas e adaptadas acerca da sua doença, e assim produzir resultados comportamentais positivos. Avaliar as atribuições e as crenças relativas ao cancro, assim como providenciar intervenções psico-educacionais adequadas e orientação abordando mudanças de comportamento pós tratamento pode ajudar as mulheres com cancro de mama a efetuar esta transição de doente para sobrevivente.</p> <p>Os trabalhos futuros devem avaliar a manutenção das mudanças na dieta, exercício e uso de substâncias, a longo prazo, e se as mulheres estão mais propensas a manter as mudanças efetuadas após o tratamento comparativamente com alterações realizadas em outros momentos das suas vidas.</p> <p>Quais foram as principais limitações ou erros no estudo?</p> <p>Tamanho pequeno da amostra e relativa homogeneidade demográfica da mesma, o que compromete a generalização dos resultados.</p> <p>O facto de não ter sido possível avaliar as práticas de saúde previamente ao diagnóstico, obrigou o investigador a basear nos testemunhos das mulheres das mudanças de comportamento desde o pré-diagnóstico, o que pode ter levado a viés.</p> <p>Por fim, não é claro em que medida as mudanças de comportamento observadas são mantidas após o período imediato após o tratamento.</p>
--	---